# فاعلية برنامج علاجي في خفض مستويات القلـــق والاكتئاب لـدى مرضـى القلب

(دراسة تجريبية )

بحث مقدم إلي جامعة الخرطوم
لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس

**إعداد الطالبة : أماني أحمد حمد محمد بك**
بكالوريوس الآداب - مرتبة الشرف في علم النفس - ديسمبر 1996م
ماجستير الآداب في علم النفس – سبتمبر 2001م

**إشراف الأستاذ الدكتور : شمس الدين زين العابدين**

مايو 2011م

# الآيـــة

**قال الله تعالى:**

﴿الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ*وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ* وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾

**صدق الله العظيم**

(سورة الشعراء :الآيات 78 -80)

# الإهداء

**إلي...**

روح والدي... رحمه الله رحمة واسعة واسكنه فسيح جناته مع الصديقيين والشهداء

والدتيّ ... التي منحتني الحب والحنان ورعيتني صغيرة وكبيرة، فجزاها الله خيراً واحسن خاتمتها.

زوجي ... رفيق دربي الذي وقف إلى جانبي في أصعب أيام حياتي، وكان لصبره وتحمله وتشجيعه الأثر الأكبر في حياتي.

أبنائي ... فلذات كبدي شهد ومنة الله ومصطفى الذين صبروا وتحملوا ساعات غيابي عنهم واقطعت وقتاً طويلاً كان من حقهم أن اكون معهم.

إخوتي ... الذين كان لتشجيعهم ما جعلني استمر في العمل الدؤوب لاخراج هذه الدراسة.

أتمنى للجميع الصحة والسعادة والهناء والتوفيق،

وجعل الله أيامهم زاخرة بالخير والعطاء

مع خالص حبي

**أمانـــــي**

# الشكر والعرفان

الشكر والحمد اولاً وأخيراً لله سبحانه وتعالى الذي أعانني بالصبر والتوفيق على اتمام هذه الدراسة، فقد اجتهدت بما ينبغي فإن كان هناك من قصور فما كان من تقصير فإن الكمال لله وحده رب العالمين والصلاة والسلام على نبي الهدى محمد صلى الله عليه وسلم، سيد الأولين والآخرين، وإمام الأنبياء والمرسلين . وبعــد

أجد من الواجب عليّ أن أزجي أسمى آيات الشكر لأولئك الأفاضل الذين وقفوا بجانبي أثناء اعداد هذه الدراسة واخص بالذكر:-

**الأستاذ الدكتور: شمس الدين زين العابدين**

المشرف على هذه الدراسة، الذي أحب العلم وأهله، والذي ظل وسيظل عوناً لكل نفس تتوق إلى المعرفة، إليه أتقدم بآيات الشكر لمجهوده المقدر الذي سيظل نبعاً يرتوي منه كل ظاميء للعلم والمعرفة. وأقف عاجزة في امداد حبال الشكر ولا يسعني إلا ان أقول: لساني عن افصاح شكري قصير.

**الأستاذ الدكتور: مهيد محمد المتوكل**

الذي أفدت منه في بعض منعطفات هذه الدراسة، والذي لم يدخر وسعاً في النصح والارشاد.

**الأخ الفاضل أيمن محمد جلال الدين** :

الذي قام بطباعة وتنسيق هذه الدراسة بصبر وأناة ورحابة صدر.

**كل مريض بالقلب**: تعاون ووثق وساعد في انجاح هذه الدراسة وأسأل الله له الشفاء وتمام الصحة والعافية.

**والشكر موصول إلى...**

جميع العاملين بمستشفى السودان القومي للقلب وأخص الدكتور ياسر أحمد رئيس قسم أمراض القلب كبار، والقائمين على التمريض بأقسام أمراض القلب بنوعيها الجراحة والباطنية، والعاملين بمكتب الميترون، والعاملين بمكتب الخدمة الاجتماعية، والعاملين باستقبال وحدات العناية بالمرضى.

لهؤلاء ولجميع من نصح وأرشد وساعد وتعاون وفاتني أن أذكر أسمه الشكر مني والمثوبة من الله

**مع فائق احترامي وتقديري**

**الباحثـة أمانــي أ حمـد**

# مستخلص

**اسم الطالبة : أماني أحمد حمد محمد بك**
**عنوان الدراسة : فاعلية برنامج علاجي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب**

هدفت الدراسة إلى تقويم فاعلية التدخلات العلاجية النفسية التي تضمنت (العلاج السلوكي المعرفي، العلاج النفسي الديني، العلاج النفسي التدعيمي ) في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب. كما هدفت إلى تحديد علاقة فاعلية أساليب التدخلات العلاجية النفسية في خفض مستويات القلق والاكتئاب وكل من: (نوع الحالة طبياً (جراحة- باطنية)، جنس الفرد (ذكر- أنثى)، العمر، المستوى التعليمي، مدة الاصابة بالمرض، الحالة الاجتماعية). أخذت الدراسة منهج البحث التجريبي. تكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى القلب من (الذكور والاناث) المقيمين (بمستشفى السودان القومي للقلب) فى العام2009م. صُنف عشوائياً (46) مريضاً إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية (26) مريضاً (14 ذكور- 12 إناث)، المجموعة الضابطة (20) مريضاً (11 ذكور- 9 إناث)، تم إجراء قياسات لتقييم القلق والاكتئاب على أفراد المجموعتين قبل تطبيق التدخلات العلاجية النفسية وبعدها. لتقييم القلق والاكتئاب تم تطبيق مقياس قائمة حالة وسمة القلق وقائمة بيك للاكتئاب. احتوى البرنامج العلاجي على الاسترخاء العضلي المنظم ،التحصين التدريجي المنظم، اعادة التنظيم المعرفي، العلاج النفسي الديني والتدعيمي.تم تطبيق التدخلات العلاجية النفسية بصورة فردية على أفراد المجموعة التجريبية مع ابقاء المجموعة الضابطة بدون معالجة. استمر تطبيق البرنامج العلاجي مدة (10) أسابيع وبلغ عدد الجلسات العلاجية (256) جلسة. عدد الجلسات العلاجية (10) جلسات لكل فرد خلال (3) أسابيع. تراوحت الفترة الزمنية للجلسة العلاجية بين (30- 45) دقيقة.

أساليب المعالجة الإحصائية توصلت إلى النتائج التالية:البرنامج العلاجي فعال في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب ولم توجد علاقة بين فاعلية البرنامج وكل من العمر والمستوى التعليمي ومدة الاصابة بالمرض والحالة الاجتماعية بينما وجدت علاقة مع نوع الحالة الطبية وجنس الفرد حيث استفاد مرضى الباطنية اكثر من مرضى الجراحة واستفادت الاناث اكثر من الذكور، خلصت الدراسة إلى أن اتحاد العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج النفسي الديني والتدعيمي يساعد في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب.

# Abstract

**Name : Amani Ahmed Hmed Mohammed Bek**

**Research Title: Effectiveness of Psychotherapy Program in Reducing Anxiety and Depression Levels of Cardiac Patients.**

This study aimed to assess effectiveness of following psychotherapy Program: Cognitive Behavioural Therapy, Religious and Supportive Therapy in reducing anxiety and depression levels of cardiac patients. Study also aimed to investigate degree of effectiveness of psychotherapy Program in reducing anxiety and depression levels in relation to: type of medical treatment received, sex, educational level, history of illness and marital status. Study population was all cardiac patients who were hospitalized in Sudan National Cardiac Hospital in Khartoum in year 2009. Researcher randomly assigned (46) patients into two groups: Treatment Group of (26) patients (14 males, 12 females). Control Group of (20) patients (11 males, 9 females) Tests were administered to determine anxiety and depression levels of the two groups, before and after treatment. Scales were used :State–Trait Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory. Treatment Package For Treatment Group consisted of: Relaxation Skills, Systematic Desensitization, Cognitive Restructuring Technique, Religious and Supportive Therapy. Psychotherapy was individually administered to all members of Treatment Group, which lasted for ten weeks. Total number of sessions was (256). Each individual was given ten sessions for a period of three weeks. Each session lasted between (30 – 45) minutes. Study results were as follows: There were differences between treatment and control group in post-tests on anxiety level in favour of treatment group. There were differences between treatment and control group in post-tests on depression level in favour of treatment group. There were correlation of effectiveness of treatment program–in favour of surgical patients. There was correlation of effectiveness of treatment program in favour of females. There was no correlation of effectiveness of treatment program and: age, educational level, history of illness, and marital status. Researcher concluded that certain psychotherapy interventions were effective in reducing anxiety and depression levels for cardiac patients

# فهرســـت الموضوعـــــــــات


| الموضـــــوع | رقم الصفحة |
|---|---|
| الاستهلال | أ |
| الإهداء | ب |
| الشكر والتقدير | ج |
| ملخص الدراسة باللغـة العربية | د |
| ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية | هـ |
| فهرست الموضوعات | و |
| فهرست الجــداول | ي |
| فهرست الأشكال | ل |
| فهرست الملاحـق | م |
| **الفصـــل الأول : المقدمـــــة** | |
| تمهيـــــد | 1 |
| مشكلـة الدراسة | 3 |
| أهميـة الدراسة | 3 |
| أهـداف الدراسة | 4 |
| فـروض الدراسة | 4 |
| حــدود الدراسة | 5 |
| مصطلحات الدراسة | 6 |
| **الفصـــل الثانـــي: الإطـــار النظري والدراسـات السابقة** | |
| المبحث الأول: الأمــراض السيكوفيزيولوجية (النفسجسمية) | 7 |
| تمهيـــــــد | 7 |
| تعريف الأمراض السيكوفيزيولوجية | 8 |
| عوامل الأمراض السيكوفيزيولوجية | 10 |
| أشكال الأمراض السيكوفيزيولوجية | 13 |
| تشخيص الأمراض السيكوفيزيولوجية | 15 |
| علاج الأمراض السيكوفيزيولوجية | 16 |
| المبحث الثاني: المدخل السيكوفيزيولوجي للأمراض القلبية | 18 |
| تمهيـــــد | 18 |
| التأثير النفسي الاجتماعي على مسار وتطور أمراض القلب | 18 |
| عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية | 19 |
| ملاحظات حول عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية | 34 |
| المبحـــث الثالث: القلـــق | 35 |
| تمهيــــد | 35 |
| تعريـف القلق | 38 |
| حالة القلق وسمة القلق | 40 |
| أنـــواع القلق | 44 |
| أسبـــاب القلق | 46 |
| أعـراض القلق | 50 |
| عـــلاج القلق | 53 |
| ملاحظـــات على القلق | 55 |

المبحـث الرابع: الاكتئـــاب........................................................................................................................... 55
**تمهيــــد........................................................................................** 56
**تعريــف الاكتئاب...............................................................................................** 60
**اصنـــاف الاكتئاب..............................................................................................** 65
**أسبـــاب الاكتئاب..........................................................................................** 67
**أعــراض الاكتئاب.............................................................................................** 67
**عـــلاج الاكتئاب..........................................................................................** 73
**ملاحظات على الاكتئاب........................................................................................** 76
المبحـــث الخامس: العـــلاج النفسـي.................................................................................................................... 78
**تمهيـــــد......................................................................................** 78
**تعريف العلاج النفسي..........................................................................................** 79
**أهداف العلاج النفسي..........................................................................................** 80
**الإجراءات المشتركة في عملية العلاج النفسي بين طرق العلاج النفسي المختلفة...............................................** 82
**طــرق العلاج النفسي..........................................................................................** 84
**ابعـــاد العلاج النفسي...........................................................................................** 85
**العـــلاج السلوكـي.........................................................................................** 88
**العـــلاج المعرفي...........................................................................................** 92

المبحـث السادس: الدراسات السابقة.......................................................................................................... 96
**تمهيــــد.......................................................................................** 96
**الدراسات السودانية...........................................................................................** 96
**الدراسات الأجنبية............................................................................................** 99

## الفصل الثالث : منهج البحث والإجراءات

**تمهيـــــد.....................................................................................** 107
**منهـــج الدراسـة.............................................................................................** 107
**مجتمــع الدراسـة..............................................................................................** 109
**عينــــة الدراسـة...............................................................................................** 110
**مقاييــس الدراسـة.............................................................................................** 116
**قائمة حالـة وسمـة القلق.........................................................................................** 116
**قائمـة بيـك للاكتئــاب.........................................................................................** 117
**تصميم البرنامج العلاجي المقترح.......................................................................................** 123
**توصيـف البرنامـج العلاجي........................................................................................** 125
**خطوات تنفيذ البرنامج العلاجي.......................................................................................** 127
**خلاصة العمـل التجريبي...........................................................................................** 130
**أساليب المعالجة الإحصائية.......................................................................................** 132

## الفصــل الرابــع: عــرض نتائـــج الدراســـــة

**تمهيــــــد.....................................................................................** 134
**عرض نتائج الفرض الأول.......................................................................................** 134
**عرض نتائج الفرض الثاني.......................................................................................** 135
**عرض نتائج الفرض الثالث.......................................................................................** 136
**عرض نتائج الفرض الرابع .......................................................................................** 137
**عرض نتائج الفرض الخامس.......................................................................................** 137

عرض نتائج الفرض السادس........................................................................................ 138
عرض نتائج الفرض السابع........................................................................................ 139
عرض نتائج الفرض الثامن........................................................................................ 139

الفصـــل الخامـــس: مناقشـــة وتفسيـــر النتائـــج

تمهيـــــــد.................................................................................... 141
الخلاصــــــة.................................................................................... 150

الفصـــل الســادس: الخاتمـــــــــة

**تمهيـــــد**.................................................................................... 152
**تلخيص نتائج الدراسة**..................................................................................... 152
**التوصيــــات**................................................................................................ 153
**قائمة المراجع باللغة العربيـة**................................................................................ 155
**قائمة المراجع باللغة الإنجليزية**.............................................................................. 165
**قائمة الملاحــــق**............................................................................................ 170

# فهرست الجـــــــــداول

رقم الجدول الموضـوع رقم الصفحة


| رقم الجدول | الموضوع | رقم الصفحة |
|---|---|---|
| 1 | **يوضح الفرق بين الأعراض السيكوفيزيولوجية والأعراض الهستيرية.......................................................** | 16 |
| 2 | **يوضح الفروق بين القلق والخوف.....................................................................................** | 44 |
| 3 | **يوضح الفروق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني.......................................................................** | 62 |
| 4 | **يوضح اهم خصائص عينة الدراسة تبعاً لنوع المجموعة وبعض المتغيرات الديمغرافية الأخرى...............................** | 112 |
| 5 | **يوضح نتيجة اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين للتحقق من الضبط التجريبي لكل من القلق والاكتئاب بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.............................** | 113 |
| 6 | **يوضح نتيجة اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين لتحقق من الضبط التجريبي لمتغير العمر بين المجموعتين التجريبية والضابطة.......................................................................** | 113 |
| 7 | **يوضح نتيجة اختبار مربع كاي للتحقق من الضبط التجريبي لمتغير الحالة الطبية بين المجموعتين التجريبية والضابطة...............................................................................................** | 114 |
| 8 | **يوضح نتيجة اختبار مربع كاي للتحقق من الضبط التجريبي لمتغير جنس الفرد (ذكر/ أنثى) بين المجموعتين التجريبية والضابطة...............................................................................................** | 114 |
| 9 | **يوضح نتيجة اختبار مربع كاي للتحقق من الضبط التجريبي لمتغير المستوى التعليمي بين المجموعتين التجريبية والضابطة...............................................................................................** | 115 |
| 10 | **يوضح نتيجة اختبار مربع كاي للتحقق من الضبط التجريبي لمتغير الحالة الاجتماعية بين المجموعتين التجريبية والضابطة...............................................................................................** | 115 |
| 11 | **يوضح مستويات القلق وحدود المستويات.....................................................................** | 117 |
| 12 | **يوضح مستويات الاكتئاب وحدود المستويات.................................................................** | 118 |
| 13 | **يوضح بنود قائمة بيك للاكتئاب...........................................................................** | 118 |
| 14 | **يوضح التعديلات التي طرأت على قائمة حالة القلق...............................................................** | 120 |
| 15 | **يوضح التعديلات التي طرأت على قائمة سمة القلق.......................................................** | 120 |
| 16 | **يوضح التعديلات التي طرأت على قائمة بيك للاكتئاب..........................................................** | 120 |
| 17 | **يوضح معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس الفرعي بمقياس القلق عند تطبيقه بمجتمع الدراسة الحالية.......................................................................................................** | 121 |
| 18 | **يوضح نتائج معاملات الثبات للأبعاد الفرعية لمقياس القلق بمجتمع الدراسة الحالية..........................** | 122 |
| 19 | **يوضح معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب عند تطبيقه بمجتمع الدراسة الحالية...............................................................................................** | 123 |
| 20 | **يوضح نتائج معاملات الثبات للأبعاد الفرعية لمقياس الاكتئاب بمجتمع الدراسة الحالية...........................** | 123 |
| 21 | **يوضح نتيجة اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في درجات القلق لدى مرضى القلب في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة................................** | 134 |
| 22 | **يوضح نتيجة اختبار (ت) للأزواج المرتبطة لمعرفة دلالة الفروق في درجات القلق لدى مرضى القلب بالمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي** | 135 |

والبعدي.......................................................................

| | | |
|---|---|---|
| 23 | يوضح نتيجة اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في درجات الاكتئاب لدى مرضى القلب في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة........................................................... | 135 |
| 24 | يوضح نتيجة اختبار (ت) للأزواج المرتبطة لمعرفة دلالة الفروق في درجات الاكتئاب لدى مرضى القلب بالمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي....................................................................... | 136 |
| 25 | يوضح نتيجة معامل الارتباط الثنائي الأصيل لمعرفة دلالة علاقة الارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب ونوع الحالة طبياً (جراحة/ باطنية)................................................................................... | 136 |
| 26 | يوضح نتيجة معامل الارتباط الثنائي الأصيل لمعرفة دلالة علاقة الارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب وجنس الفرد (ذكر/ انثى)........................................... | 137 |
| 27 | يوضح معاملات ارتباط الرتب لسبيرمان لمعرفة دلالة الارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب مع مستويات العمر.................................................................. | 138 |
| 28 | يوضح معاملات ارتباط الرتب لسبيرمان لمعرفة دلالة الارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب مع المستوى التعليمي................................................................ | 138 |
| 29 | يوضح معاملات الارتباط العزمي لبيرسون لمعرفة دلالة الارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب مع مدة الأصابة بالمرض............................................................. | 139 |
| 30 | يوضح نتيجة تحليل التباين الأحادي لمعرفة دلاله الفروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب باختلاف الحالة الاجتماعية........................................................... | 140 |
| 31 | يوضح أرقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم (1)................................................ | 228 |
| 32 | يوضح أرقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم (2)................................................ | 228 |
| 33 | يوضح أرقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم (3)................................................ | 228 |
| 34 | يوضح أرقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم (4)................................................ | 228 |
| 35 | يوضح أرقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم (5)................................................ | 229 |
| 36 | يوضح أرقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم (6)................................................ | 229 |

# فهرســت الاشكــــــــــــــال

رقم الشكل الموضـوع رقم الصفحة


| رقم الشكل | الموضوع | رقم الصفحة |
|---|---|---|
| 1 | **يوضح النموذج الاساســي للمـرض السيكوفيزيولوجي**............................ | 17 |
| 2 | **يوضح مخطــط توضيحــي لدرجــات القلـــق**............................ | 42 |
| 3 | **يوضح التصميـــم التجريبـــي الحقيقـــي**............................ | 108 |

# فهرســت الملاحـــــــــــــــق


| رقم الملحق | الموضـــوع | رقم الصفحة |
|---|---|---|
| 1 | خطاب رئيس قسم علم النفس إلى مدير مستشفى السودان القومي للقلب للسماح للدارسة بإجراء الدراسة............................................................ | 170 |
| 2 | استمــــارة المعلومــــــات الأوليـــة........................................................ | 171 |
| 3 | قائمة حالة وسمة القلق | |
| | الصورة الأصليــة (أ)....................................................................... | 172 |
| | الصورة المعدلة (ب)............................................................................ | 174 |
| 4 | قائمة بيــك للاكتئاب | |
| | الصورة الأصليــة (أ)....................................................................... | 175 |
| | الصورة المعدلة (ب)............................................................................ | 178 |
| 5 | الخطوات الاجرائية للجلسات العلاجية.................................................... | 181 |
| | تفاصيـــــل الجلســـات العلاجيـــة............................................ | 185 |
| 6 | العلاج النفسي (شرح للمريض)......................................................... | 199 |
| 7 | وصــــــف طبيعــــــة القلــــق........................................ | 200 |
| 8 | وصــــــف طبيعــــــة الاكتئاب..................................................... | 201 |
| 9 | التحصــين التدريجي المنظم................................................................ | 202 |
| 10 | إعادة البنيـــــــة المعرفـــــية................................................ | 208 |
| 11 | تماريـــــــــــن الاسترخــــــاء ........................................ | 212 |
| 12 | العــــــلاج النفســـي الدينـــــي............................................. | 217 |
| 13 | العــــــلاج النفســـي التدعيمـي.................................................... | 224 |
| 14 | جداول توضح ارقام الجلسات العلاجية وتواريخها للمجموعات التجريبية......................................... | 228 |

# الفصــــل الأول

# المقدمـــــــــــــة

# الفصل الأول

## 1- المقدمـــــة

### 1-1 تمهيد:

إن تحقيق الصحة الجسدية ، والصحة النفسية، وسلامة العقل، والطمأنينة هي الهدف الأسمى لكل الناس، صغيرهم وكبيرهم، والجميع يسعون إلى تحقيق هذا الهدف. وقد بدأ العلماء حالياً في فتح مجال لدراسات مستفيضة فيما يسمونه (بالمناعة النفسية والعصبية)، وهو فرع جديد من فروع الدراسات الطبية يجمع بين دراسة العقل البشري وتأثيره على الجسم وذلك من خلال دراسة تأثير الإنفعال والحالة النفسية على الغدة النخامية في المخ والتي تعتبر المايسترو والقائد بالنسبة لغدد الجسم المختلفة. (Blumenthal.et-al,2002).

ويمكن القول بدون إستثناء ، ان ما من وظيفة من وظائف أي عضو من أعضاء الجسم إلا ويمكن إختلالها بسبب الإضطرابات النفسية وقد بينت الإحصائيات والدراسات السريرية أن حوالي (85%) من المرضى البدنيين الذين يترددون على عيادات الأطباء إنما يعانون من مشكلات نفسية وضغوط إنفعالية هي العامل الأساسي وراء أمراضهم. ( Smith and Ruize,2002).

وتعد أمراض القلب من الأمراض المزمنة والمتطورة ، والقصة السريرية لأمراض القلب تتمثل في أن كثير من المصابين بأمراض قلبية ليست لديهم أية أعراض، ويبدو ذلك حينما يصلون إلى مرحلة متقدمة من مرضهم، عندها يمكن أن تقع حادثة مفجعة. كما يمكن للآفات الصمامية والخلقية وفرط شحوم الدم وإرتفاع الضغط الشرياني أن تبقي لا عرضية لسنوات عديدة. (Forbs and Jockson,2000).

توجد عدد من المظاهر الإكلنيكية لإضرابات القلب(Cardiac Disorders)، وهي:(القصـورالدورانـي-Circular Failure)،(اللانظميات-Arrhythmias)،(الداء الشرياني الإكليلي- Coronary Artery Disease)، (الحمى الرثوية - Rheumatic Fever)، (آفات الصمامات المكتسبة - Acquired Valve Diseases)، (أمراض القلب الولادية- Cogenital Heart Diseases)، (إلتهاب العضلة القلبية- Myocarditis)، (أورام القلب- Cardiac Tumouts)، (أمراض التامور- Pericardial Diseases)، (فرط ضغط الدم- Hypertension)،(امراض الابهر-Aortic Diseases),(التهابات الشغاف Endocarditis) وكل حالة من هذه الحالات تعد حالة طواريء طبية . ( Kumar and Clark,2002).

يصبح المرضى على الفور وبمجرد تشخيص (مرض قلبي) في حالة أزمة، تتسم بعدم التوازن البدني والاجتماعي والنفسي، وبينما يمكن إعتبار هذه الأزمة معتادة ومفيدة في بعض مراحل التوافق مع المرض المزمن إلا أنها يمكن أن تعرقل التعافي أو العلاج، ولهذا يصبح من المهم تحديد ردود الفعل التوافقية والأخرى غير التوافقية وتقديم العلاج النفسي الملائم. (بارلو، 2002).

وقد تم التوصل إلى أدلة واضحة توضح دور عوامل الخطورة النفسية في تطور أمراض القلب والأوعية، وقد اوضحت نتائج الدراسات إن عوامل الخطورة النفسية مرتبطة بآليات نفسية فسيولوجية من خلالها تؤثر تلك العوامل على نشاط القلب والأوعية وهي تؤهب لأمراض القلب ووفياته.(Kop,1999).

إن تأثير العوامل النفسية على نشوء أمراض القلب والأوعية قد برهن بالعديد من الإختبارات المعملية والعديد من الإختبارات الحديثة للقلب مثل (رسم القلب)، وقد أوضحت تلك الفحوصات أثر عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية في المراحل الأولية للمرض، كما أن

(فحص القلب الإشعاعي) أوضح أثر عوامل الخطورة النفسية في المراحل المتقدمة من المرض (Kop,1999).

إن أكثر العوامل النفسية بروزاً في مرحلة ما بعد المرض القلبي هي (القلق والاكتئاب) واللذان يمكن أن يؤثرا في الشفاء الفوري من أمراض القلب والعودة للحياة السوية، ويقدر أن (30%) من كل مرضى جلطة القلب يعانون من مستوى إكلنيكي من (القلق أو الاكتئاب) أو منهما معاً، ويترتب على ذلك أن قياس (القلق أو الاكتئاب ) ضروري في مرحلة ما بعد المرض حيث أنهما يمكن أن يضعفا الشفاء والتوافق مع الحياة اليومية. (ليندزاي وبول،2000).

يمكن تطبيق التدخل العلاجي النفسي في كل مراحل أمراض القلب سواء قبل ظهور أعراض المرض (الوقاية الأولية)، وخلال المرحلة الحادة التي غالباً ما تكون تالية لجلطة القلب أو في مرحلة إعادة التأهيل أو التأهيل التالي (الوقاية الثانوية). ويتراوح نوع التدخل العلاجي الذي يمكن استخدامه بين العلاج النفسي إلى الإرشاد النفسي. وكان التدخل العلاجي النفسي قبل السبعينات من القرن الماضي يتضمن أساساً العلاج النفسي أو تعديل السلوك المتعلق بعوامل الخطر المرتفعة ، وبالرغم من ذلك فمع تطور النماذج العلاجية الخاصة بالضغوط جاءت مقدمات الحزم العلاجية الشاملة التي تستخدم أكثر من أسلوب. (ليندزاي وبول،2000).

وتعد التدخلات العلاجية النفسية المعرفية السلوكية فعالة على نطاق واسع غير أن العلاج النفسي التدعيمي يمكن أن يفيد كذلك، وتبدو التدخلات التي تتضمن أكثر من نوع واحد من العلاج مفيدة بصفة عامة، وأكبر تأثيراً من العلاجات التي تستخدم أسلوباً واحداً فقط، وتلاحظ هذه التأثيرات على المقاييس النفسية والفسيولوجية. (بارلو،2002).

## 1-3 مشكلة الدراسة:

تمثلت مشكلة الدراسة في تصميم برنامج علاجي يشتمل على (تمارين الاسترخاء وعلاج سلوكي معرفي وعلاج ديني وتدعيمي) وتقويم فاعلية البرنامج المقدم في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب ، ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

1. هل تؤدي أساليب التدخل العلاجي النفسي إلى خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب؟
2. هل تؤدي أساليب التدخل العلاجي النفسي إلى خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى القلب؟
3. هل توجد علاقة بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب ونوع الحالة طبياً (جراحة/ باطنية)؟
4. هل توجد علاقة بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب وجنس الفرد (ذكر/ أنثى)؟
5. هل توجد علاقة بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب ومستويات العمر؟
6. هل توجد علاقة بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب والمستوى التعليمي؟
7. هل توجد علاقة بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب ومدة الاصابة بالمرض؟
8. هل توجد فروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب باختلاف الحالة الاجتماعية؟

## 1-3 أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في أنها تهتم بتقييم فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب.

هذا بالإضافة إلى أن هذه الدراسة تهتم بتحديد علاقة فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بعدد من المتغيرات وهي (نوع الحالة الطبية (جراحة/ باطنية)، جنس الفرد (ذكر أنثى)، مستويات العمر ، المستوى التعليمي، مدة الاصابة بالمرض، والحالة الاجتماعية)، حتى نتمكن من التعامل مع مرضى القلب وفقاً لاحتياجاتهم، وحتى نتمكن من تقديم العلاج النفسي الملائم.

كما تتمثل أهمية هذه الدراسة في أنها تعتبر إضافة جديدة من ناحية علمية وبحثية لمرضى القلب وللقائمين بأمر رعاية مرضى القلب بالمستشفيات ، وللمهتمين في مجال تطبيق البرامج العلاجية النفسية لمرضى القلب والمعنيين بأمر تقديم الخدمات النفسية اللازمة لمرضى القلب بالمستشفيات.

## 4-1 أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى مجموعة من الاهداف التي تمثلت في الاتي:

1. التعرف على مرضى القلب مرتفعي القلق والاكتئاب في ضوء نتائج القياس.
2. تصميم برنامج علاجي نفسي يهدف إلى خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بالمستشفيات.
3. تقييم فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب.
4. تقييم فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى القلب.
5. تحديد العلاقة بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب وكل من: (نوع الحالة طبياً (جراحة/ باطنية)، جنس الفرد (ذكر أنثى)، مستويات العمر، المستوى التعليمي للفرد، مدة الإصابة بالمرض).
6. تحديد الفروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بإختلاف الحالة الاجتماعية للفرد.

## 5-1 فروض الدراسة:

1. تؤدي أساليب التدخل العلاجي النفسي إلى خفض مستويات القلق لدى مرضى القلب.
2. تؤدي أساليب التدخل العلاجي النفسي إلى خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى القلب.
3. ترتبط فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بنوع الحالة طبياً (جراحة/ باطنية).
4. ترتبط فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بجنس الفرد (ذكر/ انثى).
5. ترتبط فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بمستويات العمر.
6. ترتبط فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بالمستوى التعليمي.

7. ترتبط فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بمدة الاصابة بالمرض.
8. توجد فروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بإختلاف الحالة الاجتماعية.

### 6-1 حـدود الدراسـة:

إقتصرت الدراسة على (مرضى القلب) بوحدات العناية بهم، بنوعيهم (مرضى الجراحة، ومرضى الباطنية)، وشملت مجموعتين منهم:

المجموعة الأولى (المجموعة التجريبية): وهي المجموعة التي تلقت أساليب التدخلات العلاجية النفسية بجانب العلاج الطبي والرعاية الطبية المعتادة في وحدات العناية بمرضى القلب.

المجموعة الثانية (المجموعة الضابطة): وهي المجموعة التي لم تتلقى أي نوع من أساليب التدخلات العلاجية النفسية خلال مرحلة علاجهم طبياً،بمعنى آخر هي المجموعة التي تتلقى العلاج الطبي والرعاية الطبية المعتادة فقط وتترك بدون أي معالجة نفسية.

النـــوع: طبقت الدراسة على الذكور والاناث معاً.

الحدود الجغرافية: اقتصرت هذه الدراسة على مرضى القلب المقيمين بوحدات العناية بهم بمستشفى السودان القومي للقلب بأركويت ، ولاية الخرطوم، والقادمين من جميع أنحاء السودان.

الحـدود الزمانيـة: طبقت الدراسة الميدانية أي (التدخلات العلاجية النفسية) على مرضى القلب بمستشفى السودان القومي للقلب بعد أن حولوا من وحدات العناية المركزة إلى أجنحة المستشفى الرئيسية وقبل مغادرتهم للمستشفى. في الفترة من يونيو 2009م حتى أغسطس 2009م.بداية العمل التجريبي: يوم الجمعة الموافق 2009/6/12م.نهاية العمل التجريبي: يوم الخميس الموافق 2009/8/20م.

### 1- 7 تعريـف مصطلحـات الدراسة:

من المهم تعريف مصطلحات الدراسة (تعريفاً إجرائياً)، وهذه التعريفات ساعدت على تكوين إطار مرجعي مكن الباحثة من التعامل مع المشكلة. وهذه المصطلحات هي:

#### فاعليـــة (Effectiveness):

تعرف الباحثة الفاعلية إجرائياً بأنها القدرة على تحقيق درجات مُرضية في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب في هذه الدراسة .

#### العلاج النفسي (Psychotherapy):

تعرف الباحثة العلاجي النفسي بأنه الأساليب العلاجية النفسية المتنوعة التي تحدث أثراً علاجياً على مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب في هذه الدراسة.

#### القلــق (Anxiety):

تعرف الباحثة القلق إجرائياً بأنه ارتفاع درجة (مريض القلب) على مقياس القلق أي حصول المريض على درجة مرتفعة على مقياس القلق في هذه الدراسة.

#### الاكتئــاب (Depression):

تعرف الباحثة الاكتئاب إجرائياً بأنه ارتفاع درجة (مريض القلب) على مقياس الاكتئاب أي حصول المريض على درجة مرتفعة على مقياس الاكتئاب في هذه الدراسة.

## مرضـى القلـب (Cardiac Patients):

تعرف الباحثة مرضى القلب إجرائياً بأنهم هم الاشخاص من الذكور والاناث الذين شخصوا على أنهم مصابون بأحد المظاهر الإكلنيكية لاضرابات القلب الآتية: القصور الدوراني- اللانظميات- الداء الشرياني الإكليلي (الذبحة)- احتشاء عضلة القلب (الجلطة القلبية) - الحمي الرثوية- آفات الصمامات المكتسبة- أمراض القلب الولادية- إلتهاب الشغاف الخمجي- إلتهاب العضلة القلبية- أورام القلب- أمراض الأبهر.

# الفصـــل الثانـــي

# الإطار النظري والدراسات السابقة

# الفصل الثاني

# 2- الإطار النظري والدراسات السابقة

## المبحث الأول

## 2-1الأمراض السيكوفيزيولوجية (النفسجسمية)

### 2-1-1 تمهيد:

تنوعت في عصرنا هذا الأمراض السيكوفيزيولوجية (النفسجسمية) بمختلف أنواعها. وقد ارتبط انتشار هذه الأمراض بالتطور الحضاري والثقافي والصراع بين القديم والحديث. (http://www.surgerydoor. co.uk)وتشكل الأمراض السيكوفيزيولوجية خطورة على حياة الأفراد سواء كان ذلك على توافقهم العام أو توافقهم المهني أو الصحي. (http://www.bafree.net)

ويبدي كل الناس – تحت ظروف الضغط والإجهاد – استعداداً لرد فعل شديد في أحد الأنظمة الفسيولوجية المعينة غير المنيعة. والمرضى الذي ينفعلون بقوة إلى درجة تؤدي إلى نمو اضطرابات نفس – جسمية شديدة ومستمرة، يشبهون المرضى النَّزاعين إلى القلق أو الغضب بصفة عامة في انهم يتفهمون أو يدركون خبرات الحياة غير المؤذية على أنها مهددة. ومعظم المرضى بالاضطرابات النفسجسمية لا يقعون تحت ضغوط خارجية معينة، ولكنهم يقعون تحت وطأت ضغوط نفسية داخلية، وعلى رأسها المطالب التي يفرضها الناس على أنفسهم فالأفراد ذو الدوافع الصعبة الشديدة يقعون في خطأ تقويمي معرفي لأهمية وصعوبة المطالب التي يواجهونها، ويقللون من قيمة ما لديهم من قدرة على التعامل معها، ويبالغون في نفس الوقت في نتائج واحتمالات الفشل. (الفقي، 1990)

### 2-1-2 العلاقة بين الأمراض العضوية والأمراض النفسية

المقصود بالأمراض العضوية هي الأمراض التي تصيب أعضاء الجسم كالقلب والكبد أو الدماغ أو المعدة...الخ. أما الأمراض النفسية فهي التي تصيب نفسية الإنسان كالاكتئاب والوسواس وغيرها. (http://www.bafree.net)إن العلاقة بين الأعراض النفسية والأعراض العضوية يمكن فهمها بإتجاهين :

الاتجاه الأول: إن الأمراض النفسية مثل الاكتئاب قد تزيد من أعراض الأمراض العضوية مثل (الصداع) (وآلام البطن) وإن الأمراض العضوية مثل (السرطان) قد تؤدي إلى ظهور أعراض نفسية مثل (الاكتئاب والقلق والخوف) وكذلك أن الأعراض النفسية والأعراض العضوية قد توجد مجتمعة في بعض الحالات مثل (الشيخوخة). (http://www.bafree.net)

الاتجاه الثاني: إن الشخص المصاب بمرض عضوي (كالسرطان) أو (مرض السكري) قد يتفاعل مع هذا المرض بالشعور بالاكتئاب والخوف والغضب في بعض الأحيان وهذه الحالة قد تختفي منه مع الوقت خاصة بالاطمئنان والدعم من قبل الطبيب وكذلك من قبل الأقارب. ولكن هذه الحالة قد تظل ملازمة للمريض ولا تختفي، ومن الأسباب التي تساعد على ذلك وجود مرض نفسي سابق عند هذا المريض أو عدم الاستقرار في العائلة أو المحيط الذي يعيش فيه.(http://ww.bafree.net)

### 2-1-3 تعريف الأمراض السيكوفيزيولوجية:

إن الأمراض النفسجسمية (Psychosomatic Diseases) أو السيكوفيزيولوجية (Psychophysiological Diseases) هي مجموعة من الأمراض التي تنشأ عن عوامل نفسية وتتخذ أعراضها شكلاً جسمياً أو عضوياً. فهي أمراض عضوية الأعراض تلعب فيها الأسباب النفسية دوراً أساسياً. ويشير جلاتن (Gllatin) إلى الضغط أو الشدة النفسية كأحد العوامل الرئيسية في حدوثها ويضرب سترانج (Strange) بعض الأمثلة عن هذه الأمراض: كالربو، والقرحة والحساسية الجلدية. (عبد الله، 1997)

لقد تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم الأمراض السيكوفيزيولوجية نوردها على النحو التالي:-

1. الأمراض السيكوفيزيولوجية هي مجموعة من الأعراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه. وتكون من الحدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز حتى عن تخفيف حدتها. (عبد المعطي – 1989 – ص 69)

2. الأمراض السيكوفيزيولوجية هي تلك الأمراض الجسمية الناتجة عن اضطرابات انفعالية ممتدة. أو نمط معين في الشخصية والتي تؤدي بدورها إلى قلق أو خلل في وظيفة عضو من أعضاء الجسم. (النيال – 1991 – ص141).

3. المرض السيكوفيزيولوجي هو اضطراب يتسم بأعراض جسمية تنتج عن عوامل سيكولوجية، وهي تتضمن جهازاً واحداً من أجهزة الجسم مثل الدوري والتنفسي أو التناسلي والبولي. ويسمى اضطراب نفسي فسيولوجي في (DSM – 1) وعوامل سيكولوجية تؤثر في الحالة الجسمية في (DSM – 111) لفظ آخر سيكوسوماتي، أو مرض نفسي جسمي (Psychosomatic illness). (جابر وكفافي – 1993 – ص 3102)

4. المرض السيكوفيزيولوجي عبارة عن اختلال شديد أو مزمن في توازن حيوي ضعيف جاء نتيجة ضغط سيكولوجي، ويشمل جزء من الجهاز العضوي ويحتاج إلى علاج طبي نفسي. (الحفني – 1994 – ص 687)

5. الأمراض السيكوفيزيولوجية هي مجموعة من الأمراض الجسمية التي تسببها عوامل نفسية وخاصة الانفعالات الشديدة. وتختلف الأمراض السيكوفيزيولوجية عن العصابات في وجود أساس عضوي للأمراض السيكوفيزيولوجية. ومن اشهر هذه الأمراض: قرحة المعدة، ارتفاع ضغط الدم، الربو وغير ذلك من الاضطرابات التي تصيب أجهزة الجسم المختلفة. (عشوي – 1997 – ص 154)

6. الأمراض السيكوفيزيولوجية هي اضطرابات جسمية أو عضوية موضوعية ذات مصدر نفسي (انفعالي) تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي. (عبد الله – 1997 – ص 300)

7. الأمراض السيكوفيزيولوجية هي أمراض جسمية ترجع في المقام الأول إلى عوامل نفسية سببها مواقف انفعالية تثيرها ظروف اجتماعية. (راجح – 1999 – ص 182)

8. الأمراض السيكوفيزيولوجية التي يطلق عليها أيضاً الأمراض النفسية الفسيولوجية عبارة عن مشكلات جسمية تنطوي بالفعل – على إصابة في الأنسجة أو اضطراب في الوظائف الحسية، وهي تنشأ عن أسباب نفسية، وقد تتضمن مشكلات صحية من قبيل: الغثيان، ضغط الدم المرتفع، ومختلف أنواع القرحة، والصداع وما شابه ذلك. (ويتيج – 2001 – ص 296)

9. الأمراض السيكوفيزيولوجية هي مجموعة الأمراض الجسمية التي يعاني منها الفرد والتي تنتج عن اضطرابات نفسية أو انفعالية أو شخصية، مثل الربو والتقيؤ، والتهاب القولون، فالطفل الذي يعاني من القلق والخوف من الذهاب إلى المدرسة قد تظهر عليه بعض الأمراض الجسمية مثل التقيؤ أو الإسهال. (سيسالم – 2002 – ص 307).

10. الأمراض السيكوفيزيولوجية هي الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه ولا تستجيب للعلاج الطبي الدوائي. وهي عبارة عن اختلال شديد أو مزمن في كيمياء الجسم نتيجة لضغوط نفسية حادة وبالتالي هي مرض جسمي ذو جذور نفسية ويظهر علي شكل ردود فعل عضوية في أحد أجهزة الجسم مثل الجهاز الهضمي كالتهاب القولون والجهاز القلبي مثل ارتفاع ضغط الدم والجهاز التنفسي مثل ضيق التنفس أو الجهاز العصبي مثل الصداع النصفي أو حالات شبيهة بالصرع (النوبات الصرعية النفسية). (http://ww.bafree.net)

الأمراض السيكوفيزيولوجية عبارة عن أمراض تتميز بأعراض عضوية والتي لها عدة أسباب، لكن العوامل العاطفية تلعب دوراً أساسياً. عادة تؤثر علي عضو أو جهاز فيزيولوجي. المظاهر الفيزيولوجية التي تصاحب عواطف معينة في المرض السيكوفيزيولوجي تكون اكثر شدة ومزمنة. الضغط العاطفي يخلق تفاعلات فيزيولوجية شديدة قد تؤدي إلى تمزيق الوظائف أو حتى إلى خلل بالعضو. المريض السيكوفيزيولوجي غير واعي بالعلاقة بين مرضه وعواطفه. (http: // www. Med.Univ-rennes1)

يتبين لنا من هذه التعريفات أن ما يميز الأمراض السيكوفيزيولوجية هي أنها :--

1. أمرض جسمية تنتج عن عوامل نفسية
2. تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه
3. تحتاج إلى علاج طبي نفسي.

وهكذا فإن بإمكاننا أن نقول في تعريف الأمراض السيكوفيزيولوجية أنها (أمراض جسمية تنتج عن عوامل نفسية، تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه، تحتاج لعلاج طبي نفسي).

## 4-1-2 عوامل الأمراض السيكوفيزيولوجية:

هناك عدة عوامل جسمية ونفسية واجتماعية تتفاعل مع بعضها لتسبب الأمراض السيكوفيزيولوجية(http://www.bafree.net) .من أهم هذه العوامل:-

أولاً: العامل الفسيولوجي:

من الواضح أن الأشخاص يختلفون فيما بينهم عند استجابتهم لمختلف المثيرات التي تواجههم، وذلك يرجع إلى الفروق الفردية والاستعدادات الفسيولوجية. من الملاحظ مثلاً أن انفعال الخوف يستجيب له كل الأفراد بتغيرات فسيولوجية ونفسية معروفة إلا أن غدد بعض الأشخاص قد تفرز كميات من الهرمونات تفوق معدل ما تفرزه غدد اغلب الناس في نفس المواقف. (عشوي، 1997).يعتمد تأثير الاضطرابات السيكوفيزيولوجية في عضو معين على الضعف التكويني المحتمل لهذا العضو (عبد الله، 1997) ذلك أن وجود ضعف تكويني في بعض أجهزة الجسم كالمعدة أو الأمعاء أو المثانة يساعد على ظهور الأضرار في ذلك العضو (الدباغ، 1993). ويشير (ادلر) إلى أن ضعف أحد أجهزة الجسم قد يكون شعوراً بالنقص أو شعوراً بوضاعة ونقص ذلك العضو. (الدباغ، 1993).والتاريخ المرضي للفرد أي الأمراض السابقة للعضو المعين قد تساعد على تكرار الإصابة به في الشدائد النفسية والقيمة التي يعطيها المريض لهذا العضو المصاب. (عبد الله، 1997).ويدخل في هذا العامل أيضاً العوامل الوراثية فنجد إصابة أحد أفراد العائلة بمرض جسمي في أحد أعضاء الجسم يساعد على إصابة نفس العضو عند الشخص الآخر، وفي الحياة اليومية أمثلة كثيرة ومتواردة على ذلك. (الدباغ، 1993)

ثانياً: العامل النفسي

وهو العامل الفعال والمباشر. وقد يكون بشكل صدمات حادة غير متوقعة وأنباء مذهلة (قتل وموت بحوادث مرور، أو كوارث مفاجئة) أو إهانة ثقيلة لا تغتفر، أو ظروف شديدة من

الحرمان أو الاتكال. (ثابت، 1993).من أهم العوامل النفسية المسببة للأمراض السيكوفيزيولوجية:

**أ/ الضغوط:** غالباً ما يؤدي تعرض الإنسان لضغوط الحياة بصفة مستمرة إلى الإصابة بالأمراض السيكوفيزيولوجية (عشوي، 1997).فالضغوط والمعاناة اليومية قد تكون ضارة بالصحة مثلها مثل التغيرات الهامة في الحياة بل وأكثر، وفي جميع أنحاء العالم يعاني الفقراء من مشكلات مرتبطة بالصحة اكثر من الأغنياء. (دافيدوف، 1988).لقد وجد أن الأشخاص الذين يتعرضون لتغيرات في حياتهم يتعرضون عادة للأمراض السيكوفيزيولوجية ، ويرجع ذلك إلى أن التغير يفرض واجبات وشروطاً يتطلبها الدور الجديد الذي ينبغي للفرد أداؤه حيث يصل الأمر أحياناً بالدور الجديد إلى أن يشكل تحدياً للفرد الذي ينبغي له أن يصرف طاقته الكبيرة. ولعل الصرف الزائد للطاقة في مواجهة الضغط هو الذي يضعف الفرد، ويجعله سهل التعرض للأمراض والاضطرابات المختلفة. كما أن تعدد الأدوار وما تتطلبه من واجبات يؤدي إلى الإصابة بالانعصاب (Stress). (عشوي، 1997)

**ب/ الكبت:** نتيجة لما يصاحب خبرات الحياة من قلق وتوتر ومخاوف لا يتم التعبير عنها، وفي هذه الحالة يتم كبت المشاعر الذاتية المصاحبة للقلق والتوتر والمخاوف وبالتالي منعها من أن تصبح شعورية. (http://www.surgerydoor.co.uk) .وكلما كان الكبت شديداً كانت آثاره أسوأ ويشدد (كالفن هال) على دور الكبت في تنمية الاضطرابات البدنية مثل التهاب المفاصل والربو والقرحة. (عبد الله، 1997)

**ج/ القلق والاكتئاب:** تؤكد نتائج ما توصلت إليه عدد من البحوث والدراسات النفسية على الصعيدين العربي والأجنبي ارتباط الأعراض السيكوفيزيولوجية بكل من القلق والاكتئاب. وذلك أن الأعراض السيكوفيزيولوجية يمكن أن تتأثر بكل من القلق والاكتئاب فتكون رد فعل لهما. .ومن ناحية أخرى يمكن القول بأن القلق والاكتئاب يمكن أن ينتجان عن الأعراض السيكوفيزيولوجية ويترتبان عليهما فكان منطقياً أن تظهر هذه الارتباطات الجوهرية المتبادلة بين الأعراض السيكوفيزيولوجية والقلق والاكتئاب فالقلق يؤثر على الحالة الجسمية والهرمونية، وينطبق الأمر ذاته على الاكتئاب مما يؤدي إلى ظهور بعض الأعراض الجسمية نفسية المنشأ. (http://www.surgerydoor.co.uk)

**د/ الإشراط:** يحدث أحياناً ترابط بين الأحاسيس والأفكار من جهة والاستجابات الفسيولوجية (الانفعالية خاصة) من جهة أخرى، فإذا مر شخص مثلاً بخبرة انفعالية سيئة أثناء مرضه الجسمي، فقد يحدث مرة أخرى عندما يمر بنفس الخبرة الانفعالية أن يصاب بنفس المرض العضوي. اعتماداً على هذا التفسير يعتبر الربو من الأمراض النفسجسمية التي يحدث فيها ترابط بينه وبين مثيرات محايدة حيث تصبح الأخيرة تثير الربو لدى الشخص، كما وجد أن الانفعالات القوية مثل الغضب والخوف ترتبط بحدوث نوبات لدى الشخص المصاب بهذا الاضطراب. (عشوي، 1997)

**هـ/ الصراع:** يفترض السيكولوجين أن هناك علاقة بين الصراع النفسي الذي يتعرض له الفرد وبعض الأمراض السيكوفيزيولوجية وخاصة ارتفاع ضغط الدم، الربو والقرحة. (عشوي، 1997)

على كل حال تبدو العوامل النفسية أنها تلعب دوراً مهماً. حيث أنها يمكن أن تؤثر ليس فقط في حدوث المرض النفسجسمي، بل أيضاً يمكن أن تؤدي إلى تطور الأعراض وتؤثر على مسار المرض. والعديد من الأمراض مثل قرحة المعدة، الربو، حساسية الجلد، زبحات الصدر، ارتفاع ضغط الدم، ترتبط وتتأثر بقوة بالعوامل النفسية. أحياناً، هذه العوامل النفسية لا تحدث مرض عضوي ولكنها تحدث سوء في الصحة يظهر في شكل: ألم البطن- ألم الصدر- ضيق التنفس- شعور بالغثيان- الإسهال- ألم العضلات. ونجد أن كل البشر معتادون على الصداع الذي ينشأ

نتيجة للضغط النفسي. بالإضافة إلى ذلك نجد أن المرض العضوي الموجود أصلاً بالجسم يمكن أن يسوء ويتطور نتيجة لهذه العوامل النفسية. (http://www.surgerydoor.co.uk)

ثالثاً: العامل المهني والاجتماعي

هناك بعض المهن والأعمال التي تخلق ضغطاً وتوتراً دائمين في الشخص مثل الآلة الكاتبة والأعمال الإدارية والسكرتارية ورجال الأعمال فهذه المهن تجعل صاحبها اكثر عرضة للأمراض السيكوفيزيولوجية كالقرحة وضغط الدم وعصاب القلب. (عبد الله، 1997).وتلعب التنشئة الاجتماعية دوراً هاماً أيضاً بما فيها من ظروف المعيشة والعلاقات الاجتماعية. (عبد الله، 1997) .وهناك أمراض لها القابلية لأن تحدث في العائلة حيث نجد أن بعض العائلات لها القابلية لكتمان الأحاسيس وهي تعبر عن العواطف بأعراض جسدية. حيث يتعلم أطفال هذه العائلات هذا السلوك والذي يمكن أن يستمر حتى البلوغ. (http://www.surgerydoor.co.uk)

إن هذه العوامل مجتمعة أو منفردة تفسر إلى حد كبير ارتباط الأمراض السيكوفيزيولوجية بمختلف العوامل التي وإن لم تكن أسباباً كافية لحدوث هذه الأمراض فإنها تعمل على بروزها بشكل واضح يتطلب العناية والعلاج السريع. (عشوي، 1997)

## 5-1-2 أشكال الأمراض السيكوفيزيولوجية:

إن أي عضو في الجسم يمكن أن يصاب بمرض نفسجسمي. (ثابت، 1993)، (الدباغ، 1993)، (عبد الله، 1997),وبمعنى آخر كل الأمراض يمكن اعتبارها نفسجسمية. (http://www.surgerydoor.co.uk)

### الأمراض النفسجسمية – القلبية – الوعائية:

من اشهر هذه الأمراض: ارتفاع ضغط الدم، النوبات القلبية، عدم انتظام ضربات القلب وتصلب الشرايين (عشوي، 1997) الذبحة الصدرية وعصاب القلب (عبد الله، 1997)، ويبدو أن للشدائد النفسية علاقة بنوبات تقلص الشرايين، وقلة جريان الدم. (ثابت، 1993)

وسنتحدث عن أهم الأمراض النفسجسمية – القلبية – الوعائية:

**أ/ ارتفاع ضغط الدم الأساسي (Essential Hypertension):**

وهو ارتفاع متوسط في ضغط الدم بدون سبب واضح (الدباغ، 1993) وهو ضغط – غير عضوي أي انه لا ينشأ من الأسباب العضوية المعروفة (راجح، 1999).ويعتقد أن بعض هذه الحالات ترجع إلى حالة نفسية متوترة ومزمنة جعلت من التوازن الداخلي مستقراً على مستوى أعلى من ضغط الدم الطبيعي. وكل اضطراب عاطفي وقتي يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، ولكنه يرجع إلى مستواه، إلا أن تكرار التوتر أو بقاءه فترة طويلة يؤدي إلى ذلك. (الدباغ، 1993),ولقد دلت بحوث دقيقة على فريق كبير من المصابين بضغط الدم الأساسي على انهم يعانون من أزمات انفعالية عنيفة قوامها الحقد والعدوان وأنهم لم يجدوا لهذا العدوان والحقد المكظوم مخرجاً أو متنفساً يخفف ما لديهم من توتر مزمن تخفيفاً كافياً. (راجح، 1999), وثبت من عدة دراسات أن المصابين بضغط الدم الأساسي يعانون من عداء مكبوت منذ أيام الطفولة ويعتبر مصدراً لقلق لا شعوري مستمر وعنيد. إن الأوعية الدموية عند هؤلاء الأشخاص الذين يكبتون العدوان، تظل في حالة توتر مستمر وينتج عنه زيادة ضغط الدم. (عبد الله، 1997)

**ب/ عصاب القلب (Cardiac Neurosis):**

يستخدم هذا المصطلح (عصاب القلب) للدلالة على مجموعة الأعراض التي تختص بالقلب ولكنها سيكولوجية الأصل، والأعراض هي خفقان القلب، قصر التنفس، تشنج وآلام في منطقة القلب (عبد الله، 1997)، سرعة ضربات القلب غير المنتظمة، الإحساس بالضغط في منطقة القلب (أبو النيل، "د.ت").ونظراً لأن هذه الأعراض تحدث أيضاً في أمراض القلب العضوية،

فلابد من إجراء فحص طبي دقيق قبل أن تشخص الحالة على أنها سيكوفيزيولوجية (عبد الله، 1997) وعندما ينفي الطبيب وجود أي مرض عضوي بالقلب وتدل فحوصات القلب على أن كل شيء طبيعي، فإن وجود الصراع والشدائد النفسية تعزز من تشخيص عصاب القلب. (ثابت، 1993), واضطرابات القلب الوظيفية تكون نتيجة لمواقف الصراع النفسي المكبوته (أبو النيل، "د.ت") ونجد هذا النوع من المرض لدى الشخصيات المراقبة، القلقة، الخائفة من الموت. (الدباغ، 1993).والخبرات التي تساعد على ظهور عصاب القلب هي:

1. اهتمام الطبيب الزائد بقلب المريض.
2. فشل المريض بأن يجتاز فحصاً جسمياً.
3. حدوث مرض في القلب.
4. حدوث وفاة فجائية لأحد أقارب المريض.
5. ظهور أعراض قلبية بسيطة على المريض فجأة .(عبد الله، 1997)

في (عصاب القلب) تنشأ الأعراض من القلب والدورة الدموية نتيجة لتوتر في الأعصاب أو قلق أو اكتئاب نفسي وترجع أهمية التعرف على هذه الأعراض وكيف تنشأ إلى انه كثيراً ما تتشابه هذه الأعراض مع أعراض الذبحة الصدرية فتثير مخاوف لا ضرورة لها، أو تعجز المريض بها عجزاً شديداً. ينشأ من التوتر النفسي حالة من التقلصات العضلية تشمل عضلات الجسم جميعها سواء منها الإرادية التي تمكننا من الحركة أو اللاإرادية التي تنظم حركة الجهاز الهضمي والتنفسي والقلب وينشأ عنها إفراز مواد كيماوية في الدم بواسطة الغدد الصماء تؤثر على القلب والدورة الدموية.وفي عصاب القلب تتعدد الأعراض وتتنوع بعكس الذبحة الصدرية التي تكون فيها الأعراض ثابتة ومحددة: ألم خلف عظمة القص مع المجهود يختفي في دقائق بعد انتهاء المجهود. أما في عصاب القلب فرغماً عن اختلاف الألم (ألم في منطقة الثدي مع الانفعال يستمر ساعات وأياماً – يصاحب هذا الألم ضيق في التنفس على شكل تنهد كأن الصدر خال من الهواء نتيجة لتقلص عضلات القفص الصدري وعدم قدرتها على الاسترخاء. أو يأتي ضيق التنفس على شكل اختناق يمسك بالحلق أو تثاؤب متكرر. ومع ضيق التنفس تزداد ضربات القلب سرعة أو تصبح غير منتظمة نتيجة لإفراز المواد الكيماوية في الدم المصاحبة لحالة التوتر كما تكثر الشكوى من الدوار (الدوخة). (http://www.shefa-online.net)

### 6-1-2 سر انتقاء عضو معين للإصابة بالمرض السيكوفيزيولوجي:

السؤال هو لماذا يصاب فرد بالربو أو بالقرحة وآخر بالسكر أو ضغط الدم؟أي ما هو سر انتقاء عضو معين للإصابة بالمرض السيكوفيزيولوجي؟إن ظهور العرض في عضو معين يتوقف على ما يلي:

1. وجود استعداد تكويني يقوم على الوراثة.
2. وجود استعداد تكويني نتيجة للخبرات الأولى في الطفولة.
3. وجود أي مكسب ثانوي محتمل لظهور العرض في عضو معين بالذات.
4. اضطراب عضو مشابه لدى محبوب أو قريب.
5. إصابة أو مرض العضو من قبل في مرض عضوي أو حادثة. (زهران، 1997)
6. المعنى الرمزي الذي يضفيه المريض على العضو... معنى ذلك أن العضو المصاب يرتبط بالصراع الانفعالي الذي سببه. على سبيل المثال (من عنده شعور شديد بالذنب لممارسته للعادة السرية اكثر عرضة للإصابة بجهازه التناسلي).
7. ضعف الجهاز المختار،معنى ذلك أن العضو الأضعف هو المعرض للإصابة.
8. طبيعة الانفعال ذلك أن أي انفعال له آثار بعضو معين فالخوف والكآبة ترتبط بإعاقة عمل الأمعاء في حين الغضب مرتبط بالقولون وهكذا. (عبد الله، 1997)

## 7-1-2 تشخيص الأمراض السيكوفيزيولوجية:

تشير التسمية إلى وجود أسباب نفسية وراء أعراض بدنية، ويمكن تطبيق هذه المجموعة التشخيصية على أي حالة جسمانية تعزى إلى عوامل نفسية سواء كانت العوامل النفسية تتسبب في بدء الحالة أو تفاقمها. ويجب عدم استخدام هذه المجموعة في تشخيص الاضطرابات الجسدية الشكل حيث تفهم هذه الاضطرابات في إطار المكونات النفسية فقط. (حمودة، 1991), عند فحص هذه الأمراض يجب التركيز على الفحص الطبي الشامل، واستطلاع تاريخ حياة المريض، وتكوين وبناء شخصيته. وقد لا يعترف المريض بأن مرضه نفسجسمي، ويصر على انه جسمي فقط. وحين يعرف تشخيص مرضه تظهر أساليب دفاعية عنده بشكل واضح وقد تزيد حدة نوبة المرض بشكل واضح أثناء التشخيص. (زهران، 1997),ومن الدلائل الهامة التي نعتمد عليها في تشخيص هذه الأمراض:

1. وجود اضطراب انفعالي يعتبر عاملاً مرسباً (وخاصة الضغط أو الشدة النفسية).
2. ارتباط الحالة بنمط معين من أنماط الشخصية،وخاصة نمط الشخصية (أ) أو العصبية والاهتمام الزائد بالجسم).
3. وجود اضطراب نفسجسمي سابق لدى المريض. (عبد الله، 1997)

يجب أن نفرق بين الأعراض السيكوفيزيولوجية وبين الأعراض الهستيرية:

جدول رقم (1) يوضح الفرق بين الأعراض السيكوفيزيولوجية والأعراض الهستيرية

| م | **المرض النفسي – الجسمي (السيكوفيزيولوجي)** | **الهستيريـــا** |
|---|---|---|
| 1 | يصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي (المستقل) | تصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي |
| 2 | الأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بتوازن الجهاز العصبي الذاتي | الأعراض هي تعبيرات رمزية غير مباشرة عن دوافع مكبوتة وتخدم غرضاً شخصياً لدى المريض |
| 3 | يكترث المريض بمرضه كثيراً، كما أن عنصر المنفعة والكسب فيه غير موجود أو خفي في حال وجوده | لا يكترث الهستيري باضطرابه، بل أن عنصر المنفعة والكسب الذي يتوخاه واضح. |

(عبد الله، 1997، ص 304)

الأمراض السيكوفيزيولوجية لا تقل خطورة عن الأمراض العضوية حيث أنها تضلل الطبيب في التشخيص الصحيح وقد تؤدي إلى اخذ المريض لعلاجات هو ليس بحاجة لها بسبب خطأ التشخيص حيث تكون أعراضها مشابهة للأعراض العضوية الحقيقية.ومهما يكن فلا ينبغي أن ننسب أي مرض لأسباب نفسجسمية إلا إذا توفر الدليل على ذلك بعد إجراء الفحوصات الطبية والتحليلات الضرورية إلى جانب الدراسة النفسية للمشكلة. (عشوي، 1997)

## 8-1-2 علاج الأمراض السيكوفيزيولوجية:

يقوم علاج الأمراض السيكوفيزيولوجية على دعامتين: **الأولى**: وتتمثل في العلاج العضوي للاضطراب الجسمي. **الثانية**: تتمثل في العلاج النفسي للجوانب النفسية المرتبطة بالاضطراب. (عشوي، 1997) :وفيما يلي أهم معالم علاج الأمراض السيكوفيزيولوجية:

العلاج النفسي: الممركز على سبب المرض، والذي يتناول النواحي الانفعالية وحل مشكلات الشخصية، وإزالة العقبات، وحل الصراعات الانفعالية، والتنفيس الانفعالي لإزالة القلق المزمن وإعادة الثقة في النفس وتنمية البصيرة وتنمية الشخصية نحو النضج الانفعالي بصفة خاصة.

(زهران، 1997)، لقد وجد أن العلاج السلوكي – المعرفي مفيد في معالجة بعض هذه الأمراض مثل الصداع النصفي والتبول المفرط واللاإرادي (عشوي، 1997) وحالات فقد الشهية العصبي والبدانة. (ثابت، 1993)، ويفيد العلاج النفسي التدعيمي المرن الذي يهدف إلى تعديل نمط حياة المريض ونصح المريض بتجنب مواقف الانفعال الشديد والإجهاد العقلي المتواصل وأن يأخذ الحياة هوناً. (عشوي، 1997)

الإرشاد النفسي: للمريض والأسرة (ثابت، 1993). وأن الأشخاص بهذه الأمراض يحتاجون للفهم والدعم المعنوي من الأسرة والأصدقاء.هذا بالإضافة إلى إرشاد الأزواج. (زهران، 1997)

العلاج البيئي: لتخفيف الضغوط على المريض في الأسرة والعمل والجماعة ولتحسين حياة المريض بتعديل ظروفها. ويستخدم العلاج بالعمل. (زهران، 1997)، وقد يقتضي الأمر بأن يغير المريض بيئته. (راجح، 1999)

العلاج الطبي: لعلاج الأعراض الجسمية ،حيث يجب عدم إهمال المرض العضوي ومعالجته بالأدوية إذا كان ذلك ضرورياً حتى لا يشعر المريض بأن المعالج يركز على الناحية النفسية فقط ويهمل الناحية العضوية. ويجب على المريض أن يتناول الأدوية اللازمة، وتستخدم المسكنات والمهدئات للتخلص من التوتر والقلق، ويستعين بعض المعالجين بالدواء الوهمي (Placebo). (ثابت، 1993)، وقد تترك الأمراض السيكوسوماتية من غير علاج وهذا يعتمد على الحالة المرضية وعلى شدتها وعلى أسبابها. هذا بالإضافة إلى أن الأعراض النفسية الجسدية التي لم تصل لمرحلة المرض العضوي يمكن أن تتحسن. على كل حال، فإن معظم الأمراض السيكوفيزيولوجية مزمنة، تخف وتشتد. (http://www.surgerydoor.co.uk)

### 9-1-2 ملاحظات حول الأمراض السيكوفيزيولوجية:

يمكن تبسيط النموذج الأساسي للمرض السيكوفيزيولوجي كما يلي:

شكـل رقـم (1) يوضـح النموذج الأساسـي للمـرض السيكوفيزيولوجي

| المثيـر | ← | المتغير الوسيط | ← | الاستجابة |
|---|---|---|---|---|
| (مثير يستثير توتراً نفسياً) | | (حالة استثارية انفعالية بمصاحبات فسيولوجية) | | (عرض أو مرض نفسي جسمي) |

(زهران، 1997، ص 479)

وهناك بعض المكاسب وراء المرض السيكوفيزيولوجي. فقد يلجأ المريض إلى مرضه سعياً لتحقيق أحد المكاسب الآتية: التخلص – بعذر – من بعض المسئوليات، والانتقام اللاشعوري من الآخرين، والاحتجاج اللاشعوري على الآخرين، وجذب الأنظار وشد الاهتمام والعناية والعطف والمشاركة الوجدانية، والسيطرة على البيئة الاجتماعية. (زهران، 1997)

## المبحث الثاني
## 2-2 المدخل السيكوفيزيولوجي للأمراض القلبية

### 2-2-1 تمهيد:

إن تحقيق الصحة الجسدية والصحة النفسية وسلامة العقل والطمأنينة هي الهدف الأسمى لكل الناس، صغيرهم وكبيرهم، والجميع يسعون إلى تحقيق هذا الهدف. ولكن كثيراً ما يكون بلوغ الغايات وإدراك المآرب صعباً إن لم يكن مستحيلاً. هذا بشكل عام، فما بالنا في العصر الذي نعيشه ونحن في بداية القرن الجديد (الحادي والعشرون) حيث نعيش ظروفاً حرجة وحاسمة من حيث النقلة الحضارية وطغيان النزعات المادية والمنافسات وشعور الناس بالإحباط والفشل. (http:www.aafp.org) .من جهة ثانية، فقد بدأ العلماء حالياً في فتح مجال لدراسات مستفيضة فيما يسمونه (بالمناعة النفسية والعصبية) هو فرع جديد من فروع الدراسات الطبية يجمع بين دراسة العقل البشري وتأثيره على الجسم وذلك من خلال دراسة تأثير الانفعال والحالة النفسية على الغدة النخامية في المخ والتي تعتبر المايسترو والقائد بالنسبة لغدد الجسم المختلفة، هذا علاوة على تأثير منطقة الهيبوثيلامس المسئولة عن التحكم في الأعصاب اللاإرادية على الإفرازات الهرمونية في الجسم. وقد اعتمدت الدراسات التي أجريت حتى الآن وفتحت مجال المناقشة لكيفية مقاومة الأمراض ذاتياً، عدة ملاحظات أهمها إن من بين مجموعة كبيرة شملتها استعداداً للإصابة بأمراض القلب نجح العلاج النفسي والمهدئات في خفض نسبة احتمالات الإصابة بهذه الأمراض. (Blumenthal.et-al,2002)

يمكن القول بدون استثناء، أن ما من وظيفة من وظائف أي عضو من أعضاء الجسم إلا ويمكن اختلالها بسبب الاضطرابات النفسية وقد بينت الإحصائيات والدراسات السريرية إن حوالي (85%) من المرضى البدنيين الذين يترددون على عيادات الأطباء إنما يعانون من مشكلات نفسية وضغوط انفعالية هي العامل الأساسي وراء أمراضهم. (Smith and Ruiz, 2002)

### 2-2-2 التأثير النفسي الاجتماعي على مسار وتطور أمراض القلب:

بدأ البحث عن أسباب أخرى لأمراض القلب والأوعية يتجه – منذ فترة ليست بالقصيرة – نحو الأسباب والعوامل النفسية والاجتماعية مثل [القلق – الاكتئاب – الضغوط النفسية – العصابية – العواطف السالبة – الضغوط الاجتماعية والعزل الاجتماعي – أسلوب الحياة – أنماط الشخصية].وفي خلال العقود السابقة، تم التوصل إلى أدلة واضحة توضح دور عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية في تطور أمراض القلب ، كما تم التعرف على الآليات التي من خلالها تؤثر عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية على تطور أمراض القلب وذلك من خلال الدراسات التي أجريت على الإنسان والحيوان. (Smith and Ruiz,2002)

إن تأثير العوامل النفسية والاجتماعية على نشوء أمراض القلب قد برهن بالعديد من الاختبارات المعملية والعديد من الاختبارات الحديثة للقلب مثل (رسم القلب). ذلك أن بعض الفحوصات مثل (الموجات الصوتية) للشرايين التي أجريت على الأشخاص البالغين والذين يشتكون من أعراض أولية، أوضحت تلك الفحوصات اثر عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية في المراحل الأولية للمرض. كما أن (فحص القلب الإشعاعي) أوضح اثر عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية في المراحل المتقدمة من المرض. (Kop, 1999).إن التجارب العشوائية الكبيرة المتحكم بها جيداً خرجت بأدلة داعمة لتأثير عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية عل مسار وتطور أمراض القلب. كما أن التوصل إلى هذه النتائج من خلال الدراسات السريرية لم يوضح فقط تأثير عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية على مسار وتطور أمراض القلب بل ساعد أيضاً على معرفة التدخلات العلاجية النفسية والاجتماعية الملائمة مع مرضى القلب في

جميع مراحل المرض. (Smith and Ruiz,2002).إن الأمراض القلبية تتأثر بكل من الانفعال وضغوط الحياة وتغيراتها وهي تتدرج شدتها معتمدة على المنبه الذي أدى إلى الإنفعال. وتتجمع الأدلة مشيرة إلى أن الضغوط النفسية والانفعالات عنصران مهمان في حدوث الأمراض القلبية. (Blumenthal.et-al, 2002)

إن نفس الإنسان عندما تتألم تريد إظهار هذا الألم في الجسم فتختار المنطقة الأكثر حساسية، أي القلب، فيتجلى هذا الألم على شكل ضربات سريعة في القلب أو الشعور بالوخز في الثدي الأيسر أو أحياناً بضيق التنفس. (Swenson and Clinch, 2000).إن من السهل إدراك الأسباب التي تجعل من القلب اكثر الأعضاء الجسمية موطناً للأعراض المرضية التي يشكو منها المرضى بالأمراض النفسية، ذلك أن القلب يحتل في تفكير الإنسان مكاناً هاماً وحيوياً. وهذا الاعتبار يجعل من الطبيعي أن يتوجه ذهن الفرد إلى منطقة القلب في الكثير من حالات القلق والخوف والاكتئاب والغضب والانفعالات المختلفة وخاصة تلك الحالات التي تنذر بالموت الفجائي. (Blumenthal. et-al, 2002)

## 3-2-2 عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية:

أظهرت الدراسات الوبائية والسريرية أن هناك عدة عوامل نفسية واجتماعية تتنبأ بحدوث وتطور أمراض القلب والأوعية وهي تتمثل في الآتي:

1. الاكتئاب
2. القلق
3. الضغط النفسي
4. الضغط العاطفي
5. الضغط الذهني
6. العصابية
7. سلوك النمط (أ)
8. العزل الاجتماعي
9. أسلوب الحياة (Smith and Ruiz,2002)

**وفيما يلي نتناول الحديث عن عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية:**

الاكتئاب:

كشفت الدراسات التي أجريت خلال العقدين السابقين أن الأشخاص المصابين بأمراض القلب اكثر قابلية للمعاناة من الاكتئاب مقارنة بالأشخاص الاصحاء، والعكس، مرضى الاكتئاب اكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب مقارنة بالأشخاص الأسوياء كما أن مرضى القلب المكتئبون اكثر عرضة لخطر الموت مقارنة مع مرضى القلب الذين ليس لديهم اكتئاب. (Lesper and Frasure, 2000).من ذلك يتضح أن الاكتئاب ومرض القلب متلازمان. والأسوأ أن كل منهما يمكن أن يؤدي للآخر (Smith and Ruiz,2002). ففي خلال العقدين السابقين تأسس دليل مهم على علاقة الاكتئاب بأمراض القلب ووفياته. وقد أوضحت بعض الدراسات أن الاكتئاب عامل خطورة مهم في نشوء أمراض القلب عند الأصحاء كما انه عامل خطورة مهم في وفيات أمراض القلب. وقد أظهرت بعض الدراسات أن الاكتئاب يمكن ظهوره بعد مرض القلب و/أو بعد جراحة القلب. (Frasure.et-al,2000) .وفي دراسة وجد أن نصف مرضى القلب الذين شملتهم الدراسة قد تعرضوا للاكتئاب الحاد بعد أسبوع من جراحة القلب. فوجود الاكتئاب مع أمراض القلب مرتبط بزيادة الأمراضية والوفيات. كما يوجد العديد من

الدراسات التي أوضحت أن مرض القلب قد يعقب مرض الاكتئاب. (http://www.thelancet.com).وفي دراسة أجريت في بالتيمور (Baltimor) اتضح أن (1.551) شخص كانوا أصحاء من مرض القلب ولكن كان لديهم تاريخ سابق للاكتئاب، اتضح انهم معرضون (4) أضعاف للإصابة بنوبة قلبية خلال الـ(14) سنة التالية مقارنة مع الأشخاص الذين ليس لديهم اكتئاب. (http://www.praxis.md) .وفي دراسة في مونتريل – كندا (Montreal – Canada) وجد أن مرضى القلب المكتئبون معرضون (4) أضعاف للموت في الشهور الستة التالية لجراحة القلب مقارنة مع مرضى القلب الذين ليس لديهم اكتئاب. (http://www.thelancet.com)

وقد كشفت دراسة حديثة أن الاكتئاب عامل خطورة مهم في وفيات أمراض القلب فقد تبين أن مرضى القلب المكتئبون معرضون للموت بمعدل (4.5) إضعاف مقارنة مع مرضى القلب الخاليين من الاكتئاب. (Stein-et-al,2000) .كما أن اثنين من الدراسات الوبائية في الولايات المتحدة الأمريكية أكدتا علاقة الاكتئاب بالوفاة عند مرضى الإحتشاء القلبي. وفي دراسة أخرى اتضح أن الاكتئاب يؤدي إلى نشوء أمراض القلب كما انه يؤدي إلى الوفاة من أمراض القلب بالرغم من التحكم في التدخين، والوزن، ضغط الدم، كولسترول الدم. بالإضافة إلى ذلك فإن هناك دراسات إضافية استنتجت ودعمت أن الاكتئاب عنصر مهم كعامل خطورة مستقل لأمراض القلب الوعائية عند الأشخاص الأصحاء. وقداتضح أن الاكتئاب مرتبط بزيادة خطورة نشوء أمراض القلب عند الرجال والنساءوهويزيد معدل الوفيات المرتبطة بأمراض القلب عند النساء اكثر مقارنة بالرجال.(Lesperance and Frasure, 2000)

وقد اتضح أن الاكتئاب يزيد مخاطر الأحداث القلبية إذ أن العلاقة بين الاكتئاب والأحداث القلبية مثل (الذبحة الصدرية – القصور القلبي – الإحتشاء القلبي الموت الفجائي) قد تم دراستها في المجتمع في المرضى الذين يحتاجون لعمل قثطرة قلبية أو المرضى الذين تعرضوا لنوبات قلبية. وقد اتضح أن مرضى القلب المكتئبون اكثر عرضة بمعدل الضعف للموت أو إعادة إدخالهم المستشفى لأسباب قلبية في خلال (12) شهر بعد خروجهم من المستشفى مقارنة مع مرضى القلب الذين ليس لديهم اكتئاب. (http://www.scienceblog.com)

وقد كشفت إحدى الدراسات الوبائية أن (75%) من مرضى الإحتشاء القلبي يتعرضون لأعراض الاكتئاب. كما أوضحت بعض الدراسات أن الإصابة بالاكتئاب وقت إجراء جراحة قلبية يضاعف فرص الموت. (Smith and Ruiz, 2002).وقد أظهرت إحدى الدراسات الوبائية في الولايات المتحدة الأمريكية أن واحد أمريكي من كل عشرين شخص بالغ يعانون من مرض الاكتئاب في السنة، وان هذه النسبة ترتفع إلى واحد من كل ثلاثة أشخاص مصابون بأمراض القلب والأوعية. وهذه النتائج تؤكد أن مرضى القلب اكثر قابلية للمعاناة من الاكتئاب مقارنة بالأشخاص الأصحاء.)وقد اتضح أن الاكتئاب عند مرضى القلب يزداد شدة بعد إجراء العملية الجراحية، كما يزداد شدة نتيجة لحدوث الإحتشاء القلبي، ونتيجة للضغوط النفسية التي يعاني منها مرضى القلب كما يزداد نتيجة للأحداث القاسية وللآثار الجانبية للأدوية التي يتعاطونها.كما اتضح أن الاكتئاب من المحتمل أن يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي. ويؤدي كذلك إلى ارتفاع مزمن في إفراز هرمونات (الأدرينالين والكورتيزول) اللذان يحفزان الجسم على الحركة فيحدث نتيجة لذلك تسارع في ضربات القلب وتسارع في تدفق الدم إلى العضلات والدماغ وكل هذا له تأثير على القلب.(http://www.nimh.nih.gov)

وقد أظهرت الدراسات أن الاكتئاب عند مرضى القلب يتنبأ بالوفيات أو إعادة الإدخال إلى المستشفى وإعادة زراعة الشريان التاجي. كما تبين أن الاكتئاب يعتبر نتيجة حتمية لجراحة القلب وقد تتداخل عدة عوامل أخرى مع الاكتئاب لتزيد من مخاطر الأحداث القلبية بعد العملية الجراحية مثل [كون المريض أنثى ، الوحدة وفقد معدلات الدعم الاجتماعي ، طول مدة الإقامة بالمستشفى،القذف الضعيف للدم من البطين الأيمن للقلب].

(http://www.scienceblog.com).وبينما تظل العلاقة الدقيقة بين الاكتئاب ومرض القلب غير واضحة فالأمر يحتاج إلى القيام بفحص الاكتئاب عند مرضى القلب من خلال عمليات فحص روتينية.ومن الممكن للأطباء أن يقوموا بتقييم وتشخيص الاكتئاب عند مرضى القلب باستخدام مقاييس التقييم والتشخيص [يمكن استخدام أي واحد من القياسات الذاتية التقدير]. وبالإضافة لهذا فإن تقييم الاكتئاب عند مرضى القلب يحتاج لفهم عوامل الخطورة التي تساهم في نشوء وتطور الاكتئاب وهذه تشمل: الجنس [أنثى] – تاريخ سابق للاكتئاب – تاريخ عائلة للاكتئاب – الضغوط الاجتماعية وقلة معدلات الدعم الاجتماعي، وهذه البيانات يمكن الحصول عليها من خلال مقابلة كاملة مع المريض. (Stein.et-al, 2000) .وبالرغم من التقدم العلمي في مجال تقييم وتشخيص الأمراض، إلا أن الاكتئاب مازال في كثير من الأحيان لا يشخص ولا يعالج عند مرضى القلب، فقد أظهرت بعض الدراسات أن غالبية مرضى القلب المكتئبون لا يأخذون العلاج المناسب وذلك لأن إختصاصيين أمراض القلب قد لا يشخصون الاكتئاب لدى مرضى القلب وحتى عندما يتم تشخيصه قد لا يتم علاجه بالصورة المناسبة. وفي إحدى الدراسات تبين أن (25%) فقط من مرضى القلب المكتئبون قد تم تشخيص الاكتئاب لديهم وأن نصف هؤلاء فقط قد تلقوا علاج الاكتئاب. (Frasure.et-al, 2000)

على كل حال، فقد أظهرت الدراسات أن الاكتئاب لدى مرضى القلب قد لا يتم تشخيصه وعلاجه للأسباب التالية:-

1. بعض الأعراض مثل (التعب والأرق) شائعة للاكتئاب وأيضاً لمرض القلب مما يعني أن أعراض مرض القلب قد تغطي أعراض الاكتئاب والعكس. كما أن أعراض الاكتئاب قد يخطي فيها الطبيب ويعتقد أنها ناتجة من مرض القلب.
2. من المحتمل أن يعتقد الأطباء والمرضى أن الاكتئاب تفاعل طبيعي لأمراض القلب والأوعية.
3. قد يكون المريض كاره لأن يقر ويعترف بأعراض الاكتئاب.
4. قد يكون الطبيب كاره لأن يسأل المريض عن أعراض الاكتئاب.
5. قد يكون الطبيب كاره لأن يوصف أدوية الاكتئاب لمرضى القلب لأنها ذات آثار جانبية. (Smith and Ruiz, 2002)

على كل حال، فإن الطبيب المحترف الماهر سيتعرف على أعراض الاكتئاب وبالتالي سيحدد مدته الزمنية وشدته ويشجع على علاجه. (Blumenthal.et.al, 2002).ويجب أن يخضع مرضى القلب لمقابلات تشخيصية متعددة للتأكد من وجود أو عدم وجود الأعراض الإكتئابية حتى يكون التقييم والتشخيص سليم وحتى يخضع المرضى للعلاج المناسب. (Ford.et-al, 1998).وبالرغم من أن تقييم الاكتئاب عند مرضى القلب صعب لتداخل أعراضه مع أعراض مرض القلب، إلا أن عدة دراسات أوضحت أن تقييم الاكتئاب عند مرضى القلب يعتبر بمثابة أهمية سريرية. (Ford.et.al, 1998).وتجدر الاشارة إلى أن الاكتئاب يعتبر من اكثر مشكلات المعاناة شيوعاً لدى مرضى القلب. وقد تبين انه مقاوم لفترة تمتد لثلاث سنوات بعد جلطة القلب في بعض الأحيان. (ليندزاي وبول، 2000)

القلـــق:

أكد عدد من الأبحاث السريرية والوبائية الحديثة أن هناك علاقة وثيقة بين القلق وأمراض القلب والأوعية. فقد اتضح أن القلق يعتبر عامل خطورة مهم في نشوء وتطور أمراض القلب والأوعية كما يعتبر عامل خطورة مهم في وفيات أمراض القلب. بالإضافة لهذا يعتبر مرض القلب عامل خطورة مهم في ظهور أعراض القلق وتطورها. (فلاهاكس وماكجيليفراي، 2003).

فقد اثبت عدد من الدراسات الحديثة أن القلق يتنبأ بحدوث أمراض القلب وتطورها، واثبت عدد آخر من الدراسات أن القلق قد يعقب أمراض القلب، فقد تظهر أعراض القلق بعد ظهور مرض القلب أو بعد إجراء جراحة القلب. وكلما زاد القلق كلما زادت شدة أمراض القلب. كما أن وجود القلق مع أمراض القلب مرتبط بزيادة خطورة حدوث وفيات القلب. (http://www.uen.org/utahlink).وتشير الأدلة الحديثة إلى أن معظم الأعراض المرضية المتصلة بالقلب هي بمثابة تعبير جسمي عن حالات القلق. ذلك أن الكثير من الحالات المرضية المتعلقة بالقلق تنحصر فيها الأعراض في منطقة القلب فقط. ومن اكثر الأعراض وروداً في هذه الحالات الإحساس بالألم في منطقة القلب والخفقان، وتسارع النبض واضطرابه وضيق التنفس، والارتعاش، والدوار، والصداع، وغيرها من الأعراض. -http://www.sehha.com/cgi) (bin/conceive .وقد اعترف جينكنز (Jenkins) وزملاؤه بأن عدداً من الدراسات الإكلينيكية والوبائية ربطت التعرض لأمراض القلب بوجود القلق والعصابية. وقد وجد فريدمان وبوس أن القلق يرتبط بأمراض القلب بدرج عالية من الثبات. (ليندزاي وبول، 2000).إن مريض القلب الذي يعاني من القلق يشعر بآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر مع سرعة دقات القلب، بل والإحساس بالنبضات في كل مكان، ويبدأ في عد سرعة النبض، وان حاول النوم فإنه يحس بالنبضات في رأسه ومخه، مما يجعله في حالة زعر من احتمال حدوث انفجار في المخ... والذي بالطبع لن يحدث. وقد يشكو من سرعة التنفس والتنهيدات المتكررة مع شعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء وأحياناً ما يؤدي فرط التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون، وتغيير درجة حموضة الدم، وقلة الكالسيوم النشط في الجسم مما يجعل الفرد عرضة للشعور بالتنميل في الأطراف وتقلص العضلات ودوار وتشنجات التنفس اللاشعوري. لأننا عادة لا نحس بإيقاع التنفس إلا إذا اشتد وغير طبيعته. (عكاشة، 2003).كذلك يشعر المريض ببعض ضربات القلب غير المنتظمة وعندما يقيس ضغط دمه ويخبره الطبيب انه يعاني من الضغط المرتفع فإنه هنا يبدأ في سلسلة من الأشعات ورسم القلب، مما يزيد من قلقه وبالتالي من أعراض الآلام، والنبضات، والضغط. وهكذا يدخل في حلقة مفرغة تنتهي أخيراً بعلاجه النفسي. (عكاشة، 2003).وقد أكد عدد من الأبحاث الطبية التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية مؤخراً على علاقة القلق بالإصابة بأمراض القلب إلى أن القلق يعمل بطريقة غير مباشرة على ارتفاع ضغط الدم وذلك لأنه يؤثر على الدورة الدموية. (محسن، 2004).وتشير الأدلة إلى أن القلق يرتبط بحدوث خلل في انتظام ضربات القلب الطبيعية فهو يرتبط بارتفاع كبير في معدل ضربات القلب مما يعكس زيادة نشاط الجهاز السمبثاوي أو نقص نشاط الجهاز الباراسمبثاوي أو حدوث الاثنين معاً وكل هذا يؤثر على نشاط القلب. وقد أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على الأشخاص الأصحاء أن أعراض القلق تتنبأ بحدوث أمراض القلب والأوعية في المستقبل. كما أن القلق لدى الأفراد المصابين بأمراض القلب والأوعية له علاقة قوية مع تكرار حدوث أمراض القلب والأوعية. (Allan and Scheidt, 1996)

وقد اتضح من نتائج الدراسات الحديثة أن القلق مرتبط بإنذار سيئ في أمراض القلب والأوعية فهو مرتبط بحدوث الإحتشاء القلبي الذي يؤدي بدوره إلى جعل عضلة القلب غير مستقرة كهربائياً مما يؤدي إلى حدوث لا نظاميات في القلب وهذا بدوره يؤدي إلى حدوث موت القلب الفجائي. ومن ذلك يتضح أن تأثير القلق في الإنذار المتوقع بعد الإصابة باحتشاء القلب يعتبر من العوامل الخطرة المهمة مما يوضح أهمية التقييم المستمر لمستويات القلق وتأثيراته على مرضى القلب. (Smith and Ruiz, 2002).ومن الواضح أن هناك دوراً للتقييم النفسي لمرضى القلب الذين يعانون من مستوى إكلينيكي من القلق والذين يعتبرون معرضين لمخاطر اضطراب مميت في ضربات القلب. وهو تقييم يأخذ صورة المقابلة النفسية واستخدام الاختبارات النفسية المقننة، وتقييم الاستجابات النفسية الفسيولوجية لحالات القلق. ومن الواضح كذلك أن قياس القلق ضروري في مرحلتي ما بعد المرض وإعادة التأهيل حيث أن من الممكن للقلق أن يضعف الشفاء والتوافق مع الحياة اليومية. وإذا ظل القلق الحاد فقد يؤدي إلى إحساس مزمن

بفقدان الشخص للتحكم في حياته، وقد يكون لذلك تأثير جوهري على إعادة تأهيل المريض وعودته إلى الحياة الطبيعية. (ليندزاي وبول، 2000).وإذا استمر القلق لمدة طويلة واصبح القلق غير محتمل فعادة ما تتحول أعراض القلق إلى عصاب القلب وهنا تقتصر أعراض القلق على أعراض أمراض القلب وهنا تكون أعراض القلق في الجهاز القلبي الوعائي غير مصحوبة بالأعراض النفسية للقلق مما يجعل المريض والطبيب لا يفكران إطلاقاً في ارتباط الأعراض الجسمية بحالة نفسية. (عكاشة، 2003).وتجدر الاشارة إلى أن القلق يلعب دوراً كبيراً في حدوث أمراض القلب وتطورها كما أن أمراض القلب تؤدي إلى ظهور أعراض القلق. وكلما زاد القلق كلما زادت شدة الأمراض القلبية. وقد أثبتت الأدلة الحديثة التي خرجت بها الدراسات السريرية والوبائية إلى أن القلق يرتبط بقوة بحدوث أمراض القلب ومستقبلياً بخطر الموت من أمراض القلب.

الضغط النفسي

يشير مصطلح الضغط (Stress) والضغوط النفسية (Stressor) إلى وجود عوامل خارجية تحدث لدى الفرد إحساساً بالتوتر الشديد. وعندما تزداد شدة هذه الضغوط قد يفقد الفرد قدرته على الاتزان والتكيف ويغير نمط سلوكه وشخصيته. (Vonkanel.et-at, 2001).ويمكن تعريف الضغط النفسي بأنه (حالة من التوتر النفسي الشديد، والانعصاب يحدث بسبب عوامل خارجية تضغط على الفرد وتخلق عنده حالة من اختلال التوازن واضطراب في السلوك. ومصادر الضغوط كثيرة منها ما يرجع إلى متغيرات بيئية خارجية كالطلاق، والوفاة، وخسارة مادية، والهجرة، وترك العمل. ومنها ما يرجع إلى متغيرات داخلية كالصراع النفسي، والطموح الزائد، والتنافس، وطريقة التفكير) (عبد الله، 1997، ص 102).

إن الأثر الناتج من التعرض للضغوط النفسية يعتمد على شدة الضغط والانعصاب. فالضغوط البسيطة قد تساعد الفرد في الأداء والانجاز وزيادة الكفاءة (لأنها بمثابة حافز للنشاط) بينما يؤدي التعرض المديد للضغوط الشديدة إلى اختلال قدرات الفرد، مما يتم الدفاع ضد هذه الضغوط على كافة مستويات العضوية (كيماوياً وعصبياً ونفسياً). (محسن، 2004).فعندما يتعرض الفرد للضغط النفسي فإن الجسم يستدعى كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له، فتحدث نتيجة التعرض المفاجئ لمنبهات لم يكن مهيئاً لها، مجموعة من التغيرات العضوية والكيماوية. فترتفع نسبة السكر في الدم، ويتسارع النبض، ويرتفع الضغط الشرياني، فيكون الجسم في حالة استنفار وتأهب كاملين من اجل الدفاع والتكيف مع العامل المهدد. وإذا طال تعرض الفرد للضغوط لمدة أطول فإنه سيصل إلى نقطة يعجز فيها عن الاستمرار في المقاومة ويصل إلى مرحلة الانهاك ويصبح عاجزاً عن التكيف بشكل عام وهنا تنهار الدفاعات الهرمونية وتضطرب الغدد وتنقص مقاومة الجسم وتصاب الكثير من أجهزة الجسم بالعطب ويسير المريض نحو الموت بخطى سريعة. وهناك الكثير من الدراسات التي أظهرت أن الضغوط النفسية والمعاناة في الحياة من العوامل المؤدية لأمراض القلب، فقد كشفت نتائج الأبحاث والدراسات التي أجريت بمراكز الأبحاث الأمريكية أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين الضغوط النفسية التي يواجهها الإنسان المعاصر في حياته اليومية والإصابة بأمراض القلب، وذلك من خلال تأثير الضغط النفسي على خلايا المخ وبالتالي الغدد الموجودة به والتي تتحكم في إفرازات المخ وبالتالي على جهاز المناعة بالإنسان الذي ينشط في عمله أو يثبط تبعاً للحالة النفسية للمريض وبالتالي تنشط المقاومة الطبيعية للجسم أو تنخفض. (Vonkanel.et-al,2001)

وقد تؤثر الضغوط النفسية الحادة على النشاط الكهربائي للقلب من خلال الأداء المرتفع للجهاز العصبي مما يؤدي إلى حدوث لا نظمية قلبية عند مرضى القلب. وفي حالة القلب الذي تعرض للتلف بالفعل يحتمل أن يكون ذلك مهلكاً. (ليندزاي وبول، 2000).وقد أثبتت الدراسات أن الضغوط تؤدي كذلك إلى زيادة لزوجة الدم من خلال نقص محتوى البلازما. وان زيادة اللزوجة الدموية مرتبط بحدوث الإحتشاء القلبي من خلال زيادة معدل التجلط أو احتياج العضلة

القلبية للأوكسجين. (Kop, 1999).وقد تبين وجود تعقيدات وحالات غير عادية بعملية ضخ الدم في قلوب المرضى الذين يتعرضون للضغوط النفسية. كما لوحظ أن من تعرضوا لهذه التعقيدات كانوا معرضين أيضا للموت بمعدل يقترب من (ثلاثة أضعاف) عن من لم يتعرضوا للتعقيدات من نفس نوع المرضى. وقد أضافت هذه النتائج دليلاً جديداً للبراهين الموجودة والتي تؤكد تأثير الضغط النفسي على مسار وتطور أمراض القلب والأوعية. لقد تبين أن قدرة الشخص على تحمل الضغوط والتكيف معها ربما تساعد على التنبؤ باحتمالات إصابته بأمراض القلب والأوعية الدموية . كما إن التعرض لمناخ عائلي متوتر ووالدين متنافرين وميل سلبي للتكيف مع الضغوط النفسية يزيد درجة احتمالات التعرض للأمراض القلبية. وقد وجد أن أحد عوامل الخطر يكمن في مناخ اسري لا يجد الطفل فيه الدعم العاطفي ويشعر فيه بأنه غير مقبول وتحدد له أهداف عظام عليه تحقيقها. كما أن عوامل الخطر الأخرى تشمل الأباء غير الراضيين عن حياتهم مثل الأمهات اللائى كرسن حياتهن ليعوضن حالة عدم الرضا هذه بالعمل المتصل .

وقد تبين من نتائج دراسات حديثة أن الضغوط النفسية المزمنة مثال بيئة المنزل غير المستقرة تؤدي إلى حدوث أمراض قلبيه اكثر حدة. كما تبين أن التقارير الذاتية حول ضغوط الحياة الخطيرة التي تتبع جلطة القلب مباشرة تعد خاصية منبئة للمرضى الذين يعانون من مشكلات قلبية متكررة. وهناك أيضاً تقارير حول تأثير الفقدان الحديث لشخص محبوب وحول أمراض سيكاتيرية حديثة ارتبطت بالزيادة في مخاطر التعرض للموت بالإحتشاء القلبي. (Smith and Ruiz,2002)

من ذلك يتضح أن الضغوط النفسية تعتبر من عوامل الخطورة المؤهبة لأمراض القلب، والمؤثرة على مسار وتطور أمراض القلب، كما أن لها تأثير مدمر على مرضى القلب إذ أنها تدفعهم للموت.وتجدر الاشارة إلى أن الضغوط النفسية خبرات يمر بها كل إنسان وهي ليست ذات مصادر بيئية خارجية فقط وإنما هي من صنع ذات الشخص أيضاً ومن داخله. ويحاول كل شخص أن يواجه المواقف الضاغطة والباعثة على التوتر باتباع أساليب عديدة تبعد الخطر عن الشخص وتعيد له حالة التوازن. إلا أن بعض الناس قد يخفقون في ذلك، وبسبب من طبيعتهم الشخصية وسماتهم النفسية فإنهم يبقون تحت رحمة الضغوط والتوتر فتظهر عندهم اضطرابات مرضية متنوعة كان من أبرزها الأمراض القلبية. (محسن، 2004).

الضغط العاطفي:

تبين أن زيادة الضغط العاطفي تلعب دوراً ملموساً في دفع مرضى القلب إلى الموت. ولاحظ العلماء أن معدلات الوفيات بين مرضى القلب الذين يعانون في الوقت نفسه من ضغوط عاطفية تزداد بثلاثة أضعاف عن أقرانهم من نفس المرضى ممن لا يعانون من ضغوط مشابهة..لقد تأصل في ثقافة معظم الناس الشعور بوجود ارتباط وثيق بين القلب وبين الحياة العاطفية، وبسبب ذلك فقد أضيفت على القلب صفة التأثر بشتى الانفعالات التي تزخر بها حياة الإنسان، ولهذا فقد بات من البديهي أن يتجه ذهن الإنسان إلى القلب بشكل واع أو غير واع، في معظم حالات الضغوط العاطفية. (خان، 2003).ولقد ارتبط القلب بالحب والعاطفة في أذهان الناس منذ القدم وتغنى الشعراء بهذا الارتباط حتى خيل للناس أن القلب هو منبع الحب. ومرجع ذلك ما يشعر به المحب عندما يتقابل مع الحبيب من سرعة دقات قلبه وعلو نبضاته والشعور بأن قلبه يخفق في صدره بشدة وعنف، وكان لهذه الظاهرة وارتباطها بمواقف العاطفة، أن ظن معظم الناس أن الحب والعاطفة ينبعان من القلب، وهذه الظاهرة لا تبعد كثيراً عن حقيقة ما يحدث بل أن هذا التعبير يدل تماماً على الارتباط الوثيق بين ما يدور في نفوسنا، وما يحدث في أعضائنا وأجهزتنا الداخلية. (رفعت، 1999).والحقيقة أن الحب منبعه العقل البشري وان العاطفة تعتمد أساساً على المخ ومراكزه العصبية، فالحب والعاطفة انفعالات وأحاسيس وجدانية لها مراكز في المخ تسمى مراكز العاطفة. وهذه المراكز حسب نظريات علمية مختلفة، لها صلة وثيقة وارتباط بمراكز عصبية كثيرة في المخ لأعضاء وأجزاء الجسم المختلفة ومعها المراكز المنشطة أو المثبطة

للقلب.فالقلب تسرع دقاته وتقوى نبضاته عند الانفعال العاطفي، وهذا ليس بدافع من تلقاء نفسه، بل نتيجة لإشارات من المراكز العصبية بالمخ. وهذه الإشارات ليست لمراكز القلب وحده بل لمراكز أخرى وأعضاء غير القلب. فبجانب خفقان القلب، يحمر الوجه، وترتعش الأطراف، ويتلعثم اللسان، إذن فالعقل ومكمنه المخ وهو المحرك لجميع العواطف والمشاعر وما القلب إلا جهاز يتأثر وينفعل كسائر أجهزة الجسم، ولكون القلب عضلة ضاخة، تنقبض وتنبسط فيكون تأثيرها بأن تزيد قوة وسرعة انقباضها والذي يظهر في صورة خفقان في الصدر بجسم الإنسان. فالإنسان يحب، فهو يحب بعقله وعواطفه لا تتحرك إلا بدافع من عقله الذي يسيطر على انفعالاته وأحاسيسه، وهو الذي يحدد أبعاد العاطفة والشعور. وهذه الحقيقة العلمية قد تفيد الإنسان في حل مشاكله العاطفية، وذلك بأن يدرب الإنسان عقله على التحكم في عواطفه، بحيث لا يسمح لها بالانطلاق، ويكون التفكير الموضوعي أساساً لحل المشاكل العاطفية والإرادة النابعة من الفكر العقلاني هما المتحكمان الوحيدان في تصرفات وسلوك الفرد. وقد أكد عدد كبير من الأطباء في مجالات الطب المختلفة عملياً أن القلب يتأثر بالحب الهادئ والمستقر ويصبح قلباً صحيحاً ينبض بالسعادة والرقة. وأحياناً يتأثر بالحب العنيف والفاشل ويصبح قلباً مريضاً يشكو من آثار مرضية كثيرة. (رفعت، 1999)

فعندما يواجه الإنسان اضطراباً عاطفياً يشعر بسرعة ضربات قلبه وارتفاع ضغط دمه مما يؤدي إلى حدوث آلام حادة في منطقة القلب والكتفين والقدمين وربما يصل الأمر إلى شعور الشخص بآلام الذبحة الصدرية. وقد يجد الشخص الذي يواجه موقفاً عاطفياً نفسه يعاني من ضيق بالتنفس وتنهدات سريعة بسبب عدم استطاعته ملء صدره بالهواء اللازم، فيشكو من صعوبة التنفس، حتى في فترات جلوسه وراحته وابتعاده عن أي عمل شاق. وقد يشكو الشخص الذي يعاني من اضطرابات عاطفية من ارتفاع ضغط الدم ويؤثر ذلك على أعضاء الجسم فيشعر بصداع ودوار، وعدم القدرة على الحركة، وعدم النوم في هدوء ويصبح قلقاً بصفة دائمة. وقد تحدث مضاعفات مرضية لمرضى تصلب الشرايين نتيجة للاضطرابات العاطفية مثل تجلط الدم ويترتب على ذلك ظهور أعراض ومتاعب مرضية قلبية كثيرة. وعندما يتعرض الفرد لضغوط عاطفية شديدة قد يتجه إلى الانطواء وإلى التدخين بكثرة، وتناول الكحول، ويعيش حياة كلها قلق وعدم استقرار وربما إذا استمر الشخص في هذا الطريق فقد يؤدي به الأمر إلى الإصابة بالذبحة الصدرية. (خان، 2003)

وتجدر الاشارة إلى أن القلب والأوعية الدموية هما أسرع الأعضاء والأجهزة تأثراً بالضغوط العاطفية. ليس هذا فقط، بل أن الفرد المنفعل يتحسس بالتغيير الوظيفي في عمل القلب والأوعية الدموية بأسرع مما يتحسسه من التغيير الوظيفي في أعضاء الجسم الأخرى. وسرعة استجابة القلب للضغوط العاطفية، توجه انتباه الفرد إلى القلب وإلى الاضطراب في وظيفته من سرعة النبض والخفقان أو غيرها من الأعراض. وجميع هذه العوامل تتضافر لجعل القلب المركز الأول الذي تنعكس فيه الاضطرابات العاطفية ومما يزيد في توجه ذهن الفرد إلى القلب، الثقافة الخاصة والتجارب المرضية التي مر بها الفرد في حياته وخاصة في أمراض القلب والأوعية. (محمود، 2002)

الضغط الذهني:

أظهرت الدراسات أن الضغط الذهني مرتبط بإنذار سيئ في أمراض القلب فقداتضح أن مرضى القلب يتعرضون بسرعة شديدة إلى الإحتشاء القلبي عند تعريضهم إلى الضغط الذهني وقد قيس ذلك بواسطةاختبار الرياضة ورسم القلب في زمن واحد. (Smith and Ruiz, 2002)

وقد تبين في إحدى الدراسات في مجال بحوث القلب الخاصة بالمرضى المصابين بالذبحة الصدرية، أن الضغط الذهني التجريبي الذي يأخذ صوره مهام حسابية عقلية كان له تأثيرات كهربائية فسيولوجية قيست (برسام القلب والموجات الصوتية للقلب) وكان تسارع ضربات القلب

والانقباض البطيني هي اكثر ما لوحظ. (ليندزاي وبول، 2000).وقد تبين أن الضغط الذهني يؤدي إلى نقص احتياج القلب إلى الأكسجين وفي بعض الدراسات تم حقن مادة تسري خلال الشريان التاجي لوحظ أن الضغط الذهني يؤدي إلى نقص أكسجين عضلة القلب نتيجة لتضييق الشرايين التاجية وهذا يعكس فشل الشرايين التاجية في التوسع إذا تعرض الفرد إلى الضغط الذهني. (ببير، 2003).وقد اتضح أن فشل الشرايين التاجية في التوسع نتيجة الضغط الذهني يمكن حدوثه عند الأشخاص الأصحاء مما يعكس رد فعل مناسب لزيادة حوجة العضلة القلبية من الأكسجين. (http://www.uen.org/utahlink).إذن الضغط الذهني يعتبر عامل خطورة مؤهب لأمراض القلب الوعائية، وذلك من خلال عمله على نقص معدل الإرواء نتيجة لتقلص حجم الشرايين التاجية الذي يحدث نتيجة لخلل الخلايا المبطنة لجدار الوعاء الدموي. (ببير، 2003)

العصابية:

العصابية (Neuroticism) حالة تتسم بعدم الاستقرار العاطفي، والقلق، وعدم احترام الذات، والاضطرابات الحشوية. (بتروفسكي وياروشفسكي، 1996، ص200).والعصابية هي الاستعداد للمرض العصابي (زهران، 1997) أي هي أساس التعرض للاضطرابات النفسية (اختلال السلوك) والشخص الذي يتميز بدرجة عالية من العصابية يكون اكثر استعداداً لمخاطر التعرض للأمراض النفسية (وخاصة العصابية) حين يمر بأي موقف ضاغط أو شدة نفسية (stress) وتمثل ذلك كما يلي:-

**عصابية × موقف ضاغط أو شدة نفسية = عصاب (مرض نفسي)**

(عبد الله، 1997)

والشخص الذي يتميز بدرجة عالية من العصابية يتصف بما يلي: عدم الثبات الانفعالي، القلق، سرعة الانفعال، صعوبة العودة للحالة السوية، كثرة الشكاوي العضوية كالصداع والأرق وآلام الظهر والتعب. ومن سمات العصابية: القلق، الاكتئاب، الشعور بالذنب، ضعف تقدير الذات، التوتر، الخجل، تقلب المزاج. (عبد الله، 1997).ولا ينبغي مطابقة العصابية بالعصاب لأن الأعراض العصابية يمكن أن تظهر على الأشخاص الأصحاء (بتروفسكي وياروشفسكي، 1996).إن العصابية من العوامل الأساسية الخطرة التي ترتبط بأمراض القلب. فهي ترتبط بقوة بالذبحة الصدرية. وحديثاً أوضحت تقارير تصوير القلب أن المستوى المرتفع من العصابية يرتبط عكسياً بمرض القلب ولكنه يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتقارير الذاتية حول الذبحة الصدرية، وبالتالي يبدو أن العصابية ترتبط بسلوك المرض وليس بشدته الواقعية ونتيجة لهذا، تبين أن العصابية ترتبط بقوة بالذبحة الصدرية اكثر من ارتباطها بالأشكال الأخرى من مرض القلب. (ليندزاي وبول، 2000).وأصحاب المستويات المرتفعة من العصابية الذين يشكون من الذبحة الصدرية اكثر ميلاً لأن يشخصوا على انهم يعانون من الذبحة الصدرية مقارنة بغير المرتفعين في العصابية بالرغم من عدم وجود فروق في حدوث جلطة في القلب يظهرها رسم الشرايين. وفي ضوء هذه النتائج يوصى الباحثون في هذا المجال باستخدام المقاييس النفسية لاكتشاف المستويات العليا من العصابية كجزء من التدبر الشامل لمرضى القلب. (ليندزاي وبول، 2000).

سلوك النمط (أ):

المتتبع للتراث الضخم الذي ظهر حول سلوك النمط (أ) (Type (A) Behavior) يكتشف أن جل الاهتمام قد أعطى لعلاقته (بأمراض القلب) باعتباره إضافة هامة للعوامل التي تلعب دوراً حاسماً في حدوثها. (http://www.your-doctor.net/cardivascular).فقد بدأ البحث عن أسباب أخرى لأمراض القلب يتجه - منذ فترة ليست بالقصيرة - نحو الأسباب والعوامل النفسية مثل الضغوط الشخصية وفي عام (1910) وصف الطبيب الكندي سير وليام اوسلو (Osler) مريض الذبحة الصدرية النموذجي (typical Angia) علي انه قوي (ذو همة) في الجسم والعقل, وان كلمة الرجل الطموح (Ambitious) الحاد هي المؤشرات التي تطلق على أولئك الذين يعانون دائماً من مشكلة العجلة أو ضغط الوقت. غير أن العمل الرائد في هذا المجال يعود إلى فريدمان (fridman) ورزونمان (Rosenman). ففي عام (1974) توصلا إلى نمط السلوك المولد لأمرض شرايين القلب واطلقا عليه النمط (أ) ,Type (A), Lfton) .2000)

وقد تبين من دراسة فريدمان وروزنمان أن مرضى الشريان التاجي يتصرفون بأسلوب مشابه في كثير من الجوانب فقد كانوا شديدي التنافس, مرتفعي الإنجاز, عدوانيين, نافذي الصبر, لا يقر لهم قرار, كما كانوا يتميزون بأسلوب انفجاري في الحديث, وتوتر عضلات الوجه, والإحساس بان الوقت يسرقهم, وان مسئولياتهم ثقيلة, وبالتالي فهم ينتمون إلى النمط (أ) من الشخصية أو من السلوك. وذلك في مقابل النمط (ب)الذي يتميز أفراده بأنهم اكثر استرخاء

وينخفض احتمال تعرضهم لأمراض القلب.(Rathus1993) .وقد أكدت نتائج بعض الدراسات أن أفراد النمط (أ) المصابون بأمراض القلب يستجيون للضغوط باستجابات غير عادية من الجهاز العصبي السمبثاوي. أما مقاييس الراحة للنشاط الذاتي عند شخص مريض بأمراض القلب من النمط (أ) فليست متميزة. (Bracke and Thoreen,1996) .وأظهرت بعض الدراسات والأبحاث طويلة المدى والجيدة الضبط أن أفراد النمط (أ) (خصوصاً الرجال) اكثر احتمالاً من غيرهم لان تظهر عليهم أعراض أمراض القلب. وفي إحدى الدراسات قام الباحثون بتصنيف شخصية عدد كبير من الذكور متوسطي العمر الذين لم يسبق لهم أن ظهرت عليهم أعراض أمراض القلب وقد ظهر أن أفراد النمط (أ) هم الأكثر تعرضاً للإصابة بأمراض القلب عن غيرهم. (Bracke and Tnorensen, 1996) .وفي إحدى الدراسات وجد أن (70%) من حالات أمراض القلب كانت قد صنفت مبدئياً في النمط (أ) أما التدخين وعوامل الخطر الأخرى فلا دخل لها في هذه الإصابات، وقد تبين للباحثين أن ضغط الدم يبلغ أقصاه عند أفراد النمط (أ) ويؤدي القلق الناشئ عن ذلك إلى تغيرات بيوكيميائية تسهم في إحداث المشكلات القلبية. وقد يكون هناك استعداد وراثي يجعل بعض الأفراد عرضة لنوبات قلبية وعرضة أيضاً لأن يصبحوا من أفراد النمط (أ). (British Heart Foundation, 2002) .وقد أكدت الدراسات أن سلوك النمط (أ) يرتبط ارتباط ضعيف بجلطة القلب ولكنه يرتبط ارتباط قوي بآلام الصدر. (ليندزاي وبول، 2000).وتجدر الاشارة إلى أن عدداً من الدراسات الإكلينيكية والوبائية ربطت التعرض لأمراض القلب بالنمط (أ) من السلوك وقد أكدت تلك الدراسات أن نمط (أ) من السلوك يرتبط بأمراض القلب بدرجة عالية من الثبات. (Smith and Ruiz, 2002)

العزل الاجتماعي:

أكدت الدراسات النفسية والاجتماعية عن الضغوط والتكيف أن العزل الاجتماعي وقلة معدلات الدعم الاجتماعي يعتبران بمثابة مفاهيم متميزة تتنبأ بحدوث أمراض القلب ونقص معدل النجاة. (Lepore, 1998).

فقد وجد أن العزل الاجتماعي وقلة معدلات الدعم الاجتماعي من العوامل الخطرة التي ترتبط بنقص نشاط القلب، كما ترتبط بنقص نشاط الجهاز العصبي ونقص نشاط الجهاز الغددي. مما يؤثر ذلك على زيادة حدوث أمراض القلب. كما اتضح أن الروابط الاجتماعية المتينة قد تقلل من الإصابة بأمراض القلب الوعائية (Theorell and karasek,1996) . وفي إحدى الدراسات الحديثة وجد أن فقد الدعم الاجتماعي يتنبأ بإنذار سيئ ما بعد الإحتشاء القلبي. كما أن الدعم الاجتماعي العالي أدى إلى تقليل التأثيرات السلبية للاكتئاب والقلق في معدل النجاة من هذه الأمراض. (Swenson and Clinch,2000).وفي دراسة حديثة لمرضى القلب وجد أن النساء المصابات بأمراض القلب واللاتي يعانين من العزل الاجتماعي وفقد الدعم الاجتماعي يتعرضن لتكرار الإصابة بأمراض القلب (ثلاثة أضعاف) مقارنة بالنساء اللاتي يعشن حياة تكثر فيها معدلات الدعم الاجتماعي ووجد أن الرجال العرضين للإصابة بالإحتشاء القلبي يعانون من فقد الدعم الاجتماعي.وفي تجارب على الحيوان وجد أن العزل الاجتماعي أدى إلى حدوث تصلب الشرايين (Theorell and Karasek,1996).على كل حال, الدراسات الحديثة أكدت علاقة العزل الاجتماعي وفقد الدعم الاجتماعي بحدوث أمراض القلب ووفياته, إلا انه لا توجد بحوث كافية في هذا العامل الخطر المهم. (Smith and Ruiz, 2002)

أسلوب الحياة:

أكد عدد من الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية مؤخراً علي أن لأسلوب الحياة علاقة كبيرة في الإصابة بأمراض القلب أو النجاة منها. (Smith and Ruiz, 2002)

وقد بات شائعاً أن العوامل المرتبطة بأسلوب الحياة تنسب إلى نشوء وتطور الأمراض القلبية (Blumenthal.et.al,2002) والجدير أن فريق من الباحثين في جامعة كاليفورنيا

الأمريكية قد وجدوا نتيجة لدراسة مكثفة أن الفرق بين نسبة الإصابة بأمراض القلب في أمريكا حيث يموت (378 فرد من مائة ألف كل عام) ومثيلتها في اليابان حيث يموت فقط (92فرد في كل مائة ألف كل عام) لا يرجع إلى نظام غذائي كما كان يعتقد (النظام الغذائي الياباني التقليدي المكون من الأرز والأسماك والذي يحوي نسبة اقل من الدهون) بالمقارنة مع (النظام الغربي للتغذية المكون أساساً من اللحوم والطعام المحمر والمقلي) بل يرجع وبدرجة اكبر إلى أسلوب الحياة. وأثبتت الدراسة أن الطريقة الأمريكية في الحياة هي السبب الأساسي للإصابة بأمراض القلب، والدراسة التي قام بها فريق باحثي جامعة كاليفورنيا استمرت لعشر سنوات متوالية لدراسة (4.000) ياباني يقيمون في منطقة سان فرانسيسكو. وقد استمر الباحثون يدرسون طوال هذه المدة نظام حياة هؤلاء اليابانيون وخلفياتهم الثقافية التي تحكم تصرفاتهم وكذلك نظامهم الغذائي ومستوى الكوليسترول وعادات التدخين التي يمارسونها وعدة عوامل أخرى من العوامل المرتبطة عادة بأمراض القلب – وحينما تم تحليل البيانات التي سبق جمعها عن هؤلاء اليابانيون اصبح مؤكداً أن اليابانيين الذين يتمسكون (بأسلوب حياتهم التقليدي) والذي يخلو من التوتر نتيجة لقبول الفرد لمكانه في العائلة وفي المجتمع، حتى هؤلاء الذين يعانون من السمنة الزائدة من اليابانيين وجد انهم يعانون من نسبة إصابة اقل من الأمريكيين الذين لهم نفس أوزانهم بكثير. ووجد أن هؤلاء الذين يتبنون أسلوب الحياة العدواني – المليء بالمنافسة – وطريقة الحياة المتعجلة والغير صبورة والتي يمارسها معظم الأمريكيون – هؤلاء تزداد نسبة إصابتهم بأمراض القلب لتصل إلى نفس نسبة إصابة الأمريكيين حتى ولو اتبعوا نظام غذائي ياباني.ووجدت الدراسة أن اليابانيون الذين يمارسون انتقال متوسط أو معتدل إلى (الأسلوب الغربي في الحياة) يعانون من هذه الأمراض بنسبة تزيد مرتين ونصف عن هؤلاء الذين يستمرون في الحياة على نمط أسلافهم – وهؤلاء الذين ينغمسون في (أسلوب الحياة الأمريكي) بالكامل يعانون من أمراض القلب بنسبة تزيد خمس مرات عن هؤلاء الذين يحافظون على النظام الياباني.وقد لاحظ الباحثون انه حتى في وطنهم الذي يتمتع بمستوى عالي جداً في التصنيع يتمتع اليابانيون بحماية معقولة ضد الضغوط النفسية ذلك انهم يعيشون في جماعات شديدة الارتباط، وحتى حينما يتنافسون فهم يتنافسون كجماعات وليس كأفراد ولكن ما أن ينتقلوا للحياة في الولايات المتحدة الأمريكية حتى يصبح الكثير منهم عرضة للضغوط النفسية التي يعاني منها الأمريكيون – وذلك أن معظم الأمريكيون يهجرون الجماعة التي تمنحهم حماية طبيعية ضد الضغوط النفسية خلال حياتهم. ويظل الأمريكيون طوال حياتهم ينتقلون من مكان إلى آخر هاجرين في كل مرة الأصدقاء القدامى ليتعرفوا على أفراد جدد وهذا أسلوب حياة غير ياباني بالمرة. (http://www.scienceblog.com)

وبالإضافة إلى ذلك فقد أكد عدد من الدراسات على أن التغيير الجذري في (أسلوب الحياة) لا يعتبر وسيلة فعالة في علاج الأمراض القلبية كما كان معتقداً من قبل، لأنه لا يعتبر في حد ذاته سبب من أسباب تخفيف التوتر، وذلك لأن التوتر الناشئ عن تغيير ما تعود عليه الإنسان يعادل في درجته التوتر في (أسلوب الحياة) المعتاد عليه. (Swenson and Clinch, 2000)

## 4-2-2 ملاحظات حول عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية:-

إن الدراسات الوبائية والسريرية قد خرجت بأدلة داعمة لتأثير عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية على مسار وتطور أمراض القلب، كما خرجت بأدلة داعمة لتأثير التدخلات النفسية والاجتماعية على مسار وتطور أمراض القلب. وقد خرجت تلك الدراسات بعدة انطباعات أهمها:-

1. عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية يجب أن تضمن في تقييم مرضى القلب.
2. التدخلات العلاجية النفسية والاجتماعية يجب أن يركز عليها ويجب أن تكون لها الأولوية حتى تؤدي إلى فوائد متعددة لمرضى القلب.

3. من المهم التعرف على سمات وخصائص المرضى الذين من الممكن أن يستفيدوا من التدخلات العلاجية النفسية والاجتماعية.
4. من المهم الاستمرار في تلك الدراسات النفسية والاجتماعية على الأمراض القلبية من اجل أن تعكس تلك الدراسات الحد الفاصل للارتباط بين العقل والجسد. (Lewis, 2001)

## المبحث الثالث
## 3-2 القـلــق (Anxiety)

### 2-3-1 تمهيد:

لم يكن مفهوم القلق مألوفاً عند علماء النفس حتى الثلاثينيات من القرن العشرين فقد بدأ بالظهور في كتابات فرويد حتى شاع استخدامه لكونه من الموضوعات ذات الأهمية في ميدان علم النفس عامة والصحة النفسية خاصة. ومنذ عام (1950م) وحتى أوائل السبعينات تم انجاز أكثر من (1500) دراسة عن القلق واستخدمت فيها ما يزيد عن (120) طريقة مختلفة لتحديده وقياسه. (الخالدى,2002م).

وللقلق في علم النفس الحديث - مكانة بارزة فهو المفهوم المركزى في علم الإمراض النفسية والعقلية, والعرض الجوهرى في الاضطرابات النفسية, بل وفي أمراض عضوية شتى. ويعد القلق محور العصاب والاضطراب النفسي, كما انه السمة المميزة للعديد من الاضطرابات السلوكية والنفسية. (حبيب,1991م).ورغم ذلك, فوجود القلق لا يعنى- بالضرورة - وجود مرض نفسي, ولكن مع استمرارية مصدر القلق وارتفاع درجة القلق نفسه, ينشأ حينئذ سلوك من النوع المرضي. ورغم أن القلق شيء مؤلم نتمنى زواله, إلا انه يؤدى وظيفة ضرورية, حيث انه ينبه الفرد إلى وجود أخطار داخلية أو خارجية, فإذا تنّبه استطاع أن يعمل شيئا ليدفع الخطر أو يتجنبه. (عبد الغنى,2000م).فالقلق كظاهرة إنسانية - هو - من ناحية - محرك أولي للسلوك, وطاقة دافعية للحياة النفسية, تنشيطاً وتوجيهاً, وهو من ناحية أخرى - مكون أساسي للاضطرابات الشخصية وانحرافات السلوك. (الببلاوى,1987م).

أن لدراسة القلق أهمية كبيرة, لأنه الانفعال الأساسي الذي يقف خلف العديد من الاضطرابات النفسية وخاصة العصابية منها. والقلق انفعال إنساني له درجات متنوعة وله آثار مختلفة أيضاً. وقد تحدث عنه الكثير من علماء النفس, وهم متقفون على انه نوعان: قلق سوي, وهو القلق العام الموجود عند كل الناس, وقلق مرضي موجود عند قلة فقط. ويهمنا في هذا المبحث أن نتحدث عن القلق كمفهوم, وأعراض, وأسباب, وأنواع, والآراء المختلفة في تفسيره, وعلاجه.

### 2-3-2 تعريف القلق:

ورد في المعجم الوسيط:قَلِقَ قلقاً: لم يستقر في مكان واحد. أو لم يستقر على حال.وقَلِقَ: اضطرب وانزعج فهو قَلِقْ.وأقلقَ الهَمُّ فلاناً: أزعجه.والمِقلاق: الشديد القلق, يقال رجل مِقلاق, وامرأة مِقلاق.(المعجم الوسيط,1985م, ص785).وقد اقر مجمع اللغة العربية على أن القلق هو "حالة انفعالية تتميز بالخوف مما يحدث". (عبد الله, 1997م,ص152).

تأتى كلمة قَلِقْ (anxious) من الكلمة اللاتينية (anxius) وتعني متكرر البال حول أمر غير محقق في المستقبل وهي مرتبطة بأصل معناه يضغط بشدة أو يخنق. (ماركس,1999م, ص32).وان كلمة القلق (Anxiety) مشتقة من الكلمة اللاتينية (Angustia) وتعني الضيق وتأتي من ضيق الصدر بصورة لاإرادية ثم يضيق التنفس. (عبد الغنى,2000م, ص118).

تعريفات بعض علماء النفس والمختصين:

1. تعريف هورنى (1939م): القلق استجابة انفعالية لخطر غامض غير معروف, ويكون هذا الخطر ذاتياً أو متوهماً, يهدد امن الفرد وطمأنينته والخطر الذاتي يتكون من شعور الفرد بخطر عظيم يحدق به, مع شعوره بالعجز أمام هذا الخطر. (عبد الغنى,2000م, ص120).

2. تعريف فرويد (1962م): القلق استجابة انفعالية أو خبرة انفعالية مؤلمة, يمر بها الفرد, ويصحبها حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الفرد ويسبب له الكثير من الكدر، والضيق, والألم و ويصاحب ذلك أعراض جسمية مختلفة. (عبد الغنى,2000م, ص120).

3. تعريف سبيلبيرجر (1972م): القلق رد فعل عاطفي مركب, لموقف يتم إدراكه بأنه يتسم بالتهديد المباشر والشخصى. (عبد الغنى,2000م, ص120).

4. القلق انفعال يتميز بالشعور بخطر مسبق وتوتر وحزن مصحوب بتيقظ الجهاز العصبى السمبثاوى. (دافيدوف,1988م, ص496).

5. القلق حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف. (حبيب,1991م, ص164).

6. القلق انفعال إنساني أساسي, وهو إنفعال غير سار, وشعور مكدر بتهديد أو هم مقيم, أو عدم راحة أو استقرار, مع إحساس بالتوتر والشد, وخوف دائم لا مبرر له. (عبد الخالق,1991م, ص437).

7. القلق عبارة عن حالة من الخوف المستمر ولكنه خوف شاذ, فالقلق نوع من الخوف الغامض والشعور بالخطر, فالشخص القَلِقْ يتوقع الخطر في كل شيء ويفسر كل شيء تفسيرا متشائما, وهو دائم القلق على حاضره ومستقبله ويخاف من دوافعه الذاتية. (العيسوى, 1992م, ص161).

8. القلق عبارة عن مشاعر غير سارة تتميز بالهم والخشية والفزع والرهبة والخوف التى يستشعرها الفرد في وقت ما من حياته وبدرجات مختلفة. (عدس وتوق, 1993م, ص367).

9. القلق شعور بالخوف والخشية من المستقبل دون سبب معين يدعو للخوف, أو هو الخوف المزمن. (الحفنى, 1994م, ص58).

10. القلق هو الإحساس بالخطر وعدم الاطمئنان وهو تزامن بين حالة وجدانية تمتاز بأنها غير سارة ومكدرة وحالة انفعالية تمتاز بالتوتر والاضطراب. (المالح, 1995م, ص7).

11. القلق حالة انفعالية تنشأ في مواقف الخطر الوشيك وتفصح عن نفسها بتوقع أحداث غير مرغوب فيها, وقد يفصح القلق عن نفسه في شكل شعور بالعجز وعدم الثقة بالنفس. ويعبر القلق عن نفسه, سلوكياً, في النشاط المضطرب بوجه عام. (بتروفسكى وياروشفسكى, 1996م, ص22).

12. القلق حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث, ويصاحبها غامض, وأعراض نفسية جسمية - ويمكن اعتبار القلق انفعالاً مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر. (زهران,1997م, ص484).

13. القلق استجابة انفعالية مركبة - من الخوف والتوتر والضيق - لخطر أو تهديد واقع أو يخشى وقوعه موجه نحو الشخصية بكاملها. (عبد الله,1997م ص153).

14. القلق هو شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبى اللاإرادي. (عكاشة,1998م, ص313).

15. القلق هو الخوف من خطر أو ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث لكنه غير مؤكد الحدوث, كخوف المجرم من افتضاح أمره وخوف المريض من الموت إلا انه خوف لا يستطيع

الفرد التحرر منه بالهروب أو الاختفاء كخوف التلميذ بعد تأدية الامتحان, إذ كل ما يستطيعه هو الانتظار والقلق. (راجح,1999م, ص168).

16. القلق هو الانفعال الذي نشعر به عندما نجد أنفسنا محاصرين في ركن ضيق. أننا نشعر, حينئذ, بأننا مهددون على الرغم من أن مصدر التهديد قد لا يكون دائماً واضحاً لنا. (ماركس, 1999م, ص31).

17. القلق حالة انفعالية غير سارة لدى الفرد تؤثر في أدائه وعلاقاته الاجتماعية ومدى شعوره بالطمأنينة نتيجة تعرضه لمواقف نفسية ضاغطة خلال حياته سواء كانت هذه المواقف واضحة لديه أم غامضة – مما يؤدي إلى إحداث تغيرات داخلية يحس بها الفرد وأخرى خارجية تظهر على ملامحه. (الخالدى, 2002م, ص117).

18. القلق هو شعور بالانقباض والخوف والتوتر ناتج عن توقع خطر من مصدر غير معروف ويعتبر القلق المعتدل عامل من العوامل الدافعة إلى التعلم والنجاح, ولكن عندما تشتد مشاعر القلق لتصبح هي السمة الغالبة على سلوك الفرد فيصبح حالة مرضية لابد من علاجها, ويعتبر القلق شكلاً من أشكال الأمراض العصابية (Neuroses). (سيسالم, 2002م, ص32).

يتبين لنا من هذه التعريفات أن ما يميز القلق هو انه:

1. انفعال (جوهره الخوف الغامض).
2. ينطوي على تهديد وخطر (واقع أو يخشى وقوعه).
3. يرافقه شعور بالتوتر والتوجس.
4. الخطر والتهديد موجه نحو الشخصية بكل مكوناتها (الجسمية والنفسية والاجتماعية).
5. مبالغة الفرد في خطورة الموقف.

وهكذا فانه بإمكاننا أن نقول في تعريف القلق, انه "استجابة انفعالية مركبة - من الخوف والتوتر والضيق – لخطر أو تهديد واقع أو يخشى وقوعه موجه نحو الشخصية بكاملها".

## 3-3-2 حالة القلق وسمة القلق:

يجب أن نميز بين حالة القلق وسمة القلق ويذكر (سبيلبيرجر وهو رائد في دراسات القلق) أن كثيراً من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التمييز في استخدام هذا المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم المرتبطة معاً برغم أنها مختلفة تماماً من الناحية المنطقية. فغالباً ما يستخدم مصطلح القلق:-

**أولاً:** لوصف حالة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط أو إثارة الجهاز العصبي المستقل.

**ثانياً:** ليشير إلى فروق فردية ثابتة نسبياً في الاستهداف للقلق بوصفه سمة في الشخصية. (سبيلبيرجر, 1992م).

من ذلك يتضح أن (سبيلبيرجر) يميز بين جانبين من خبرة القلق أولهما هو جانب القلق الذي نشعر به في موقف معين ويزول بزواله. ويسمى (حالة القلق – Anxiety State) والثاني هو الاستعداد للقلق في المواقف المختلفة ويسمى(سمة القلق – Anxiety Trait). فحالة القلق تعني كيفية شعور الفرد بالقلق في اللحظة الحالية بينما تعبر سمة القلق عن كيفية شعور الفرد بالقلق بصفة عامة. (عبد الغني, 2000م).وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص منبهاً معيناً أو موقفاً على انه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له. وتختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة أو الانعصاب التى تقع على الفرد وتضغط

بشدة عليه. (سبيلبيرجر, 1992م).فمستوى حالة القلق يكون مرتفعاً في الظروف التى يدركها الشخص على أنها مهددة بغض النظر عن الخطر الموضوعي بينما شدة حالة القلق تكون منخفضة في المواقف غير المجهدة أو في الظروف التى لا يُدرك فيها الخطر الموجود كتهديد. (عبد الغني, 2000م).أما سمة القلق أو القلق باعتباره سمة في الشخصية لا يظهر مباشرة في السلوك, ويمكن استنتاجه من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة. (عبد الله, 1997م).وهكذا فالأشخاص ذوى الدرجة المرتفعة في سمة القلق (كالعصابيون) قابلون لإدراك العالم على انه خطر ومهدد أكثر من ذوى الدرجة المنخفضة في سمة القلق. وهكذا فالأشخاص الذين يتميزون بدرجة عالية من هذه السمة (كما نقيسها من خلال المقاييس النفسية) هم أكثر تأثراً بالمواقف العصبية الضاغطة وأكثر تعرضاً للشدات النفسية والقلق من الأشخاص الذين يتميزون بدرجة منخفضة منها. (عبد الخالق, 2000م).

وتعتبر ردود الأفعال الانفعالية نوعاً من التعبير عن حالات الشخصية. أى أن هناك فروقاً بين الأفراد في احتمالات ظهور حالة القلق تحت ظل ظروف تختلف درجات الضغوط فيما بينها. أما سمات الشخصية فهى مستمرة إلى حد ما, ومن ثم فهي تتعلق بالاختلافات الموجودة بين الأفراد في اتجاهاتهم. وميلهم إلى رؤية العالم بطريقة معينة أو للتصرف بطريقة ثابتة يمكن التكهن بها. أن سمات الشخصية تعكس أيضاً الاختلاف بين الأفراد, في معدل تكرار احتمال المرور بنفس الحالات في المستقبل وكلما كانت سمة الشخصية قوية كان هناك احتمال لان يمر ذلك الفرد بالحالة الانفعالية التى تتمشى مع هذه السمة كما يزداد احتمال ظهور السلوكيات التى تتعلق بهذه السمة أيضاً وتتميز جميعاً بالكثافة. (سبيلبيرجر, 1992م).

## 4-3-2 أنواع القلق:

ميز (فررويد) بين القلق العصابي, والقلق الموضعي. وقد تم هذا التمييز اعتماداً على مصدر الخطر: هل هو خطر خارجي, مصدره العالم المحيط بالفرد, أم انه خطر نابع من دوافع داخلية؟. (عبد الغني, 2000م).

فالقلق الموضوعي, مرادف للخوف وهو رد فعل مركب, من داخل الإنسان, لتوقع أذى من خطر خارجي حقيقي. ويتناسب حجم هذا النوع من القلق, مع جسامة الخطر الذي أدى إلى تواجده.أما القلق العصابي, فهو نتيجة الإحساس بوجود خطر, ينبع من أشياء مجهولة ضاغطة داخل الإنسان, ترجع إلى مرحلة الطفولة, حيث اقترن التعبير عنها – في تلك المرحلة بالعقاب المؤلم. (عبد الغني, 2000م).

وعموماً يصنف القلق إلى نوعين:-

**1- القلق السوى (Normal Anxiety ) .**

**2- القلق المرضي( Diseases Anxiety ) .**

ولابد أن نفرق بين القلق السوى والقلق المرضى أو العصابي أو ما يسميه الأطباء النفسيون بالقلق الفيزيولوجى غير أن اهتمامنا يتجه إلى ذلك النوع من القلق الذي يؤدى إلى مواقف عصبية تجعل منه قلقاً مرضياً, ففرق كبير بين أن تقلق الأم لمرض عضال أصاب وحيدها, وأن تقلق هذه الأم نفسها قلقاً شديداً لتأخر صديقتها عن موعد ضربته لها. (عبد الخالق, 2001م).ويمكن التفرقة بين القلق المرضي والقلق السوى تبعاً لما يلى:-

1. نوعية المواقف المسببة له.
2. شدة الأعراض الدالة عليه: هل هي حادة Acute ؟
3. دوام الأعراض: هل هي مزمنة Chronic ؟ (عبد الخالق, 1991م).

وفيما يلى نتناول الحديث عن القلق بنوعيه (السوى- المرضى):

**أ- القلق السوى:**

وهو القلق العام الذي يمر به كل الناس خلال حياتهم اليومية مثل قلق الأم نحو مرض وليدها وقلق الشخص الذي يتوقع مقابلة معه في وظيفة أو دراسة, وقلق الطالب قبل الامتحان, وقلق الشخص قبيل المحاضرة التى يتوقع إلقاؤها أمام جمهور من الحضور. (عبد الله, 1997م). وقلق المريض الذي ينتظر نتيجة تحليل طبي أو عملية جراحية. (عبد الخالق, 1991م). وقلق المسافر قبل أن يركب طائرة لأول مرة, وقلق الأم على ابنها الغائب. (راجح, 1999م). أن هذا القلق يكون موضوعياً وسوياً. (عبد الخالق, 1991م).وهو استجابة طبيعية لمواقف تسبب القلق لدى معظم البشر. (عبد الخالق, 1991م). ويعزى إلى موقف معين, أو يحدث في زمن خاص, أو كرد فعل سوى لمواقف تسبب القلق بشكل حقيقي. (عبد الخالق, 1991م).فقد يحدث القلق السوى في مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شيء, مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان, أو بالإقدام على الزواج, أو انتظار نبأ هام, أو الانتقال من القديم إلى الجديد, ومن المعلوم إلى المجهول, أو من المألوف إلى الغريب, أو الانتقال إلى بيئة جديدة أو وجود خطر قومى أو عالمى أو حدوث تغيرات اقتصادية أو اجتماعية. (زهران, 1997م).والقلق السوى هو اقرب إلى الخوف (الفوبيا) لان مصدره معروف لدى ذهن الفرد. (الخالدى, 2002م).

**ب- القلق المرضى :**

وهو خوف مزمن دون مبرر موضوعي, مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير, ولذلك فهو قلق مرضي. (عبد الخالق, 2001م).لقد تعددت تسميات القلق المرضى. فهو

يسمى أحياناً بالقلق الهائم أو الطليق (Free- Floating anxiety) ويستخدم (ولبي) مصطلح القلق الشامل (Pervasive) ويرى انه الأفضل. ويذكر (ليف) أن الرابطة الأمريكية للطب النفسي استخدمت مصطلح استجابة القلق (Anxiety Response) حيث ادخل هذا المصطلح محل (حالة القلق) والأخير بدوره قد حل محل المصطلح النفسي الأقدم(عصاب القلق) ولكن لا يزال المصطلح الأخير يستخدم في بعض مراجع الطب النفسي الأوربية على حين يستعمل (استجابة القلق) في بعضها الآخر. (عبد الخالق, 2000م).ويستخدم بدلاً من كل ذلك الآن مصطلح اضطراب القلق (Anxity Disorders) في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV). (عبد الخالق, 2000م).والقلق المرضي (العصابي) هو العرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصابية وهو متلازمة أعراض (Syndrome) مميزة. (عبد الله, 1997م).والقلق العصابي هو خوف أسبابه لا شعورية مكبوتة, كما انه قلق تثيره مثيرات غير كافية أي ضغوط بيئية خفيفة, فان كانت المثيرات كافية بدأ الخوف عنيفاً مشتداً موصولاً أو على صورة نوبة حادة. هذا هو القلق الذي يكابده العاصبيون بوجه خاص. ومصدره ميول أو أفكار أو ذكريات مؤلمة مزعجة منبوذة كبتها الفرد لأنها تؤذى ذاته الشاعرة أو تعرضه لعقاب المجتمع. (راجح, 1999م).ويلاحظ أن القلق العصابي يصيب الأسوياء من الناس أيضاً لكنه لا يسيطر على حياتهم بنفس الدرجة التي يسيطر بها على حياة العصابين. (راجح, 1999م).

## 5-3-2 درجات القلق:

يوجد القلق في حياة الفرد بدرجات مختلفة تمتد ما بين القلق البسيط الذي يظهر على شكل الخشية وانشغال البال, والقلق الشديد الذي يظهر على شكل الرعب والفزع. (عدس وتوق, 1993م).تختلف حالة القلق من حيث شدتها كما تتغير عبر الزمن تبعاً لتكرار المواقف العصبية التي يصادفها الفرد. وعلى الرغم من أن حالات القلق مؤقتة وسريعة الزوال غالباً فإنها يمكن أن تتكرر بحيث تعاود الفرد عندما تثيرها منبهات ملائمة, وقد تبقى كذلك زمناً إضافياً إذا استمرت الظروف المثيرة لها. (عبد الخالق, 1991م).أما سمة القلق فهي تتصف بقدر اكبر من الاستقرار بالمقارنة مع حالة القلق, إلا أن هناك فروقاً فردية بين الأفراد في تهيئتهم لإدراك العالم بطريقة معينة باعتباره مصدر للتهديد والخطر. (عبد الخالق, 1991م).ومع أن درجة القلق تختلف عند البشر إلا أن ردود الأفعال بالنسبة لأي حدث معين تعتمد إلي حد ما على الأفكار والمدركات. وهناك أدلة على أن كلا من البشر والحيوانات في المعمل يشعرون بتوتر اقل عندما يكونون قادرين على التحكم. وعندما يكون التعامل مع التوتر سهلاً. (دافيدوف, 1988).

وهكذا نستطيع وضع درجات القلق على المخطط التوضيحي التالي:-

شكل رقم (2) يوضح مخطط توضيحي لدرجات القلق

| **المستوى الأول** | ⟸ | **المستوى الثاني** | ⟸ | **المستوى الثالث** |
|---|---|---|---|---|
| ( قلق خفيف ) | | ( قلق متوسط وسوي) | | |
| (قلق مرضي عصابي) | | | | |
| -------------- | | ----------------- | | -------------------- |

(عبد الله, 1997م, ص157).

وهكذا فان كل هذه المستويات الثلاثة للقلق تشترك بخصائص واحدة هي: أنها استجابات انفعالية يرافقها الخوف والتوتر والحزن وتوقع الخطر وعدم الصمود أمام الصعوبات, ويرافقها تغيرات نفسية وعضوية متنوعة. ولكن ما يميز كل مستوى عن الآخر هو: شدة الأعراض الدالة عليه (Symptoms Intensity). ودوام هذه الأعراض أو استمراريتها (Duration). فهي في القلق العصابي أكثر شدة ودواماً من المستويين الأول والثاني. (عبد الله, 1997م).

## 6-3-2 العلاقة بين القلق والخوف:

أن كلمة خوف (Fear) تأتي من الكلمة الإنجليزية القديمة (Faer) التي تعني كارثة أو خطراً مباغتين. وتأتي كلمة قلق (Anxious) من الكلمة اللاتينية (Anxius) وتعني متكدر البال حول أمر غير محقق في المستقبل وهي مرتبطة بأصل معناه: يضغط بشدة أو يخنق. (ماركس, 1999م).يرى الكثير من علماء النفس ومنهم (ولبي, وايزنك, وليفين) انه للأغراض العملية والتجريبية لا فرق بين القلق والخوف. إلا أن بعضهم يفضل مثل هذه التفرقة وذلك لضرورتها في الممارسة السريرية والعلاجية. (عبد الله, 1997م).وقد نبعت التفرقة بين القلق والخوف بتأثير من حادثة مؤداها أن المترجمين الأوائل لكتابات (فرويد) اخطئوا في ترجمة الكلمة الألمانية (Angst) التي تعني القلق على أنها الخوف. وكما أشار (رادو) (Rado) فان فرويد نفسه كان يجهل الفرق بين الخوف والقلق بوجه عام. (عبد الخالق, 2000م).

ويذكر (ليف) أن الانفعال الذي تسببه عربة مسرعة تقترب منك لدى عبورك الطريق, يختلف عن الضيق المبهم الذي يمكن أن تخبره عند مقابلتك أناساً لم ترهم من قبل في جلسة غريبة, أن الفرق السيكولوجي الأساسي بين هاتين الاستجابتين الانفعاليتين يعتمد على كون إحداهما حادة والأخرى مزمنة. (عبد الخالق, 2000م). ويرى (دارون) أن كلمة خوف مستمدة مما هو مفاجئ وخطر. (عبد الخالق, 2000م).وفي الواقع هناك نقاط اشتراك بين القلق والخوف وهناك نقاط خلاف نوضحها كما يلي:-

نقاط الاشتراك:

أن كلاهما حالة انفعالية, يستثار عند الشعور بوجود خطر يهدد الشخص ويدفعه للاستجابة والسلوك اتجاهه, ويرافقه تغيرات نفسية وعضوية. (عبد الله, 1997م).بصفة عامة, أن القلق والخوف متماثلان جداً. فإذا كان سبب ما يزعجنا ظاهراً, فإننا تميل إلي تسمية الانفعال (خوفاً). فحينما يجابه فرد ما أسداً هاجماً عليه فإننا نميل إلي أن نسميه (مذعوراً) والشخص الذي يكون مهموماً بشأن اختبار بسيط سيتم بعد عدة أشهر يسمى (قلِقاً). (ماركس, 1999م).

نقاط الاختلاف:

بالرغم من تشابه القلق مع الخوف, إلا انه لا يتطابق معه في كل شيء, حيث نجد أن له نفس التأثير العام على الجسم, ولكنه اشد إرهاقاً للعقل, فالقلق حالة عامة, غير واضحة في حين أن الخوف يكون من شئ محدد. (عبد الغني, 2000م).وهناك عدة نقاط يختلف فيها الخوف عن القلق تتعلق بالمثير أو الموضوع, ونوع التهديد, والدوام, أو الاستمرارية, وشدة الأعراض ..... وهي موضحة في الجدول التالي:-

جدول رقم (2) يوضح أوجه المقارنة بين القلق والخوف

| وجه المقارنة | القلق | الخوف |
|---|---|---|
| الموضوع (المثير) | غير معروف | معروف |
| التهديد والخطر | داخلي | خارجي |
| التعريف | غامض | محدد |
| الصراع | موجود | غائب |
| الدوام والاستمرارية | مزمن | حاد |
| تناسب الاستجابة | مبالغة وتضخيم في خطر, وتهديد المثير | تناسب مع خطر المثير |
| الشخصية | موجه لكيان الشخصية بكاملها | موجه لجوانب محدودة |
| المواجهة والتكيف | شعور بالعجز عن المواجهة | غياب مثل هذا الشعور |

(عبد الخالق, 2000م, ص21).

وفي الحياة الواقعية, ليس من السهل التفرقة بين القلق والخوف ولذا يستعمل كلا التعبيرين بالتبادل كما يفعل كثير من علماء النفس. (دافيدوف, 1988م).

## 2-3-7 العلاقة بين القلق والاكتئاب:

هناك علاقة قوية بين القلق والاكتئاب, فالقلق لا يرى نقياً إلا نادراً حيث يصاحبه درجة من الاكتئاب. ويذكر (لادر ونج) أن بعض الأعراض الاكتئابية شائعة مع القلق ولدى بعض المرضى يوجد الاكتئاب والقلق بالدرجة ذاتها. وقد يتغلب القلق, وقد يتغلب الاكتئاب, ويجب أن تبذل محاولات كثيرة للتفرقة بينهما نظراً للفروق في العلاج والمال (التنبؤ بسير المرض). (جبر, 1994م).أن الاكتئاب كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغ فيها, ولكنه بعكس القلق الذي يتجه إلي الإمام ويتعلق بمخاوف المستقبل وأخطاره نجد أن المكتئب يتجه إلي الماضي ويبحث عن الحزن على ما فات. (إبراهيم, 1987م).وكثيراً ما يحدث القلق في حالات الاكتئاب وهو يزداد وينخفض في مصاحبة العلامات الأخرى المميزة للاكتئاب. (ماركس, 1999م).وكل ما يهدف إليه العلاج في حالة القلق, هو التخلص من مسببات التوتر, أو تغيير استجابة الفرد لها, أما في حالة الاكتئاب, فان العلاج يهدف إلي تعليم الفرد طريقة للتعرف على أشياء تكون في متناوله, كتدعيم له, في تنظيم حياته, ويمكن استخدام المهارات التي تساعد في خفض القلق, في علاج الاكتئاب مثل الاسترخاء, والتحصين التدريجي, والتدريب التوكيدي .... وغيرها. (جبر, 1994م).

## 2-3-8 أسباب القلق:

لقد وصفت مسببات كثيرة للقلق وعدد منها (فرويد) سببين هما:-

1. الأخطار الموجودة في الحياة الواقعية.
2. توقع العقاب نتيجة التعبير عن رغبات ممنوعة جنسية أو عدوانية أو أي دوافع أخرى ممنوعة أو ارتكاب سلوك غير أخلاقي. (دافيدوف, 1988م).

وترى (هورني) أن القلق يكون نتيجة لما يلي:-

1. انعدام الدفء العاطفي في الأسرة, حيث يشعر الطفل بأنه شخص منبوذ ومحروم من الحب والعطف والحنان.
2. أن بعض أنواع المعاملة التي يتلقاها الطفل تؤدي إلي نشؤ القلق لديه, مثل التحكم المباشر أو غير المباشر, وعدم العدالة بين الإخوة, وعدم احترام الطفل- فكلها عوامل تزرع في الطفل بذرة القلق.
3. البيئة وما تحويه من تناقضات، وتعقيدات وما تشمل عليه من أنواع الحرمان والإحباط. (فهمي, 1998م).

أما علماء النفس الإنسانيون فيركزون على الصراعات العقلية وخصوصاً تلك التي تثور عندما نختار أسلوب الحياة الأصلح والأكثر معنى. ويعتقد علماء السلوك أن معظم أنواع القلق ناشئة عن الاشتراط (Conditining) حيث يرتبط (شيء) من نوع ما ارتباطاً عارضاً بخبرة تثير القلق وغالباً ما تكون خبرة من النوع الخطر. (دافيدوف, 1988م).

وعموماً تتعدد أسباب القلق ومن أهمها:-

1. الاستعداد الوراثي في بعض الحالات. وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
2. الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام), والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه, والتوتر النفسي الشديد, والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية, والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه, والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة, والشعور بالعجز والنقص, وتعود الكبت بدلاً من التقدير الواعي لظروف الحياة. وأحياناً قد يؤدي فشل الكبت إلي القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجهه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة. ومن الأسباب النفسية كذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات, والإحباط, والفشل اقتصادياً أو زواجياً أو مهنياً ... ألخ. والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الثقافية (Taboos).
3. مواقف الحياة الضاغطة, والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة ومطالب ومطامح المدينة المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق) وعدم تقبل مد الحياة وجزرها, والبيئة القلقة والمشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن, واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة, والوالدان العصابيان القلقان أو المنفصلان, وعدوى القلق وخاصة من الوالدين.
4. مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان ... ألخ واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.
5. التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصادياً أو عاطفياً أو تربوياً) والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة, والإرهاق الجسمي والتعب والمرض, وظروف الحرب.
6. الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيطة الطويلة خاصة الجماع الناقص.
7. عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات. (زهران, 1997م).

نستطيع القول أن القلق باعتباره استجابة انفعالية لحالة خطر, تلعب في تكوينه عوامل متنوعة نوجزها فيما يلي:-

1. أشهر الطفولة الأولى (خاصة صدمة الميلاد, غياب الأم عن الطفل, وعدم إشباع حاجاته).
2. شروط الحياة الأسرية والاجتماعية, وطريقة معاملة الوالدين من حرمان مثلاً وإخلال بالوعود, أو خلافات زوجية أو معاملة قاسية, كراهية أو تسلط.
3. خبرات الفرد الخاصة حين وصوله مرحلة النضج وطريقة تفكيره وأسلوبه في مواجهة المواقف. (عبد الله, 1997م).

### 9-3-2 أعراض القلق:

يتم التعبير عن القلق بردود أفعال وانفعالات مشتتة, وشعور بالشك والعجز, فالشخص المصاب بالقلق, يبدو خائفاً من شيء غير واضح أو محدد, أو من الاستجابات لمثير هدام وغير محدد. (عبد الغني, 2000م).يستجيب الجسم للقلق استجابات عدة أهمها زيادة تنبه الجهاز العصبي اللاإرادي وخاصة السمبثاوي منه. فينهض الجسم لمواجهة التهديد غير المعلوم فتصبح العضلات متوترة ويسرع التنفس وتزداد ضربات القلب.من هنا نقول بوجود تغيرات نفسية وعضوية في القلق هي بمثابة أعراض وعلامات له. (عبد الله, 1997م).من ذلك يتضح أن للقلق أعراضاً جسمية وأخرى نفسية نعرفها فيما يلي:-

الأعراض الجسمية:

تتضح المظاهر الجسمية للقلق في واحد أو آخر من الأجهزة التالية:-

1. **الجهاز الحركي:** تشيع أعراض الصداع وآلام الرقبة والظهر, مع سهولة حدوث التعب, والضعف والتوتر في أي مجموعة من العضلات الهيكلية. (عبد الخالق, 2000م).
2. **الجهاز الهضمي:**توجد أعراض فقد الشهية ونقص الوزن, اضطراب المعدة, الإمساك, الإسهال, الغثيان, القيء. (عبد الله, 1997م).
3. **الجهاز التنفسي:**توجد أعراض اضطراب التنفس وعسره ونوبات التنهد والشعور بضيق الصدر.(زهران, 1997م).
4. **الجهاز البولي:** مثل تكرار التبول وإلحاحه, وقد يكون ذلك مزعجاً. (عبد الخالق, 2000م).
5. **الجهاز التناسلي:**يحدث عدم الاهتمام الجنسي. (عبد الله, 1997م). واضطراب الوظيفة الجنسية (العنة والقذف السريع عند الرجال, والبرود الجنسي وعدم انتظام الطمث عند النساء). (زهران, 1997م).
6. **الجهاز الغددي:**تحدث زيادة إفراز الكظرية واضطراب إفراز الدرقية للثيروكسين. (عبد الله, 1997م).
7. **الجهاز الجلدي:** يكون العرق غزيراً عادة في الكفين وبطن القدمين, وتكون الأطراف باردة. (زهران, 1997م).
8. **الجهاز العصبي المركزي:** تحدث أعراض مثل الأرق, ونقص التركيز, والتهيج والكوابيس والنسيان, ودوار شديد, وشحوب. (عبد الخالق, 2000م). والصداع المستمر الذي لا يهدئه الأسبرين. (زهران, 1997م).
9. **الجهاز القلبي الوعائي:** توجد أعراض مثل زيادة ضربات القلب. (عبد الله, 1997م). وارتفاع ضغط الدم والخفقان. (زهران, 1997م). وقد توجد آلام في الصدر تماثل نوبة الذبحة, أو ألم في الصدر يمكن أن يصاحبه الخفقان أو الإحساس بأن شيئاً يضغط على الصدر, أو الإحساس بسخونة الوجه واحمراره. (عبد الخالق, 2000م).

كما أن هذه الأعراض لا تجتمع جميعها لدى المريض الواحد بل تتركز شكاوي المريض حول جهاز أو عضو معين.(عبد الخالق, 2000م).

الأعراض النفسية:

من هذه الأعراض القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل, العصبية والتوتر العام والشعور بعدم الراحة, والهم والاكتئاب العابر, التشاؤم والانشغال باخطاء الماضي وكوارث المستقبل, توهم المرض والشعور بقرب النهاية, والسلوك العشوائي غير المضبوط, سوء التوافق الاجتماعي وسوء التوافق المهني, ضعف القدرة على العمل والإنتاج والانجاز, ضعف القدرة على التركيز, وشرود الذهن, اضطراب قوة الملاحظة. (زهران, 1997م).هذا فضلاً عن التردد الشاذ والتشكك, وصعوبة اتخاذ القرارات, وتزاحم الأفكار المزعجة على المريض, النرفزة, عدم الاستقرار, توقع الشر والمصائب, سوء الظن, الحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهياج, الشعور بالعجز والشعور بالعزلة والانفراد والضيق. (عبد الله, 1997م).ومن المظاهر النفسية كذلك الخوف من كل شيء. الخوف من الجنون, والخوف من المرض العضوي, الخوف من الموت. وهو خوف مبهم لا مصدر له ولا مبرر ولا تفسير. فهولا يتركز حول موضوع بالذات. ويتسبب الخوف في شعور بالتوتر الداخلي, فيصف المريض نفسه بأنه يشعر بالتوتر وانه غير قادر على الاستقرار نتيجة ضغط الأفكار المقلقة. (الدباغ, 1993م).كما تبدو الأعراض في سرعة الانزعاج أو الميل إلي القفز عند سماع الأصوات المفاجئة, والحساسية المفرطة للضوضاء, فقد الشهية للطعام, عدم القدرة على الاسترخاء والضجر, مع احتمال حدوث صعوبات في التذكر والاسترجاع, بالإضافة إلي فقد الاهتمام, ونقص الإستمتاع بالهوايات المحببة, مع مشاعر مصاحبة بعدم الأمان, وشعور بالنقص, وتجنب مواقف التنافس, والسلوك العدواني أحياناً. (عبد الخالق, 2001م). بالإضافة إلي اضطراب في النوم يمتاز بصعوبة الرقود في الساعات الأولى من الليل وباضطراب متقطع طيلة الليل وتتخلله أحلام مزعجة أو كوابيس فظيعة, فترات نسيان يتوهم المريض أنها بداية الخرف. (عبد الخالق, 2001م). وتبدو الأعراض كذلك في الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز, وعدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهرب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة. (فهمي, 1998م).

وتؤدي حالة القلق المزمن والمتكرر إلي حالة من الكآبة والقنوط والألم بالنظر إلي ما وصل إليه حال المريض. (الدباغ, 1993م). وتبدو كذلك الأعراض في تبلد العواطف, عدم القابلية على الكلام أو الصراخ, بالإضافة إلي فترة ارق قد تستعصى على العقاقير المنومة القوية. (ثابت, 1993م).كما يتسم مريض القلق بالاستغراق في أحلام اليقظة والإغراق في التمني الكاذب مما يجنح إلي الضعف والوهن وليس ذلك بالأمر السوي أو المقبول. (عبد الخالق, 2000م).من هنا يتضح أن هناك تغيرات نفسية وعضوية في القلق هي بمثابة أعراض وعلامات له.إلا أن هذه الأعراض والتغيرات لا تحدث جميعاً في وقت واحد كما أنها لا تكون في حالة وجودها كلها بدرجة واحدة, بل تعتمد على نوع الباعث على القلق وشدته ومدى إدراك الفرد له. (الخالدي, 2002م).

## 2-3-10 قياس القلق وتشخيصه:

أن الأساس في تشخيص القلق – في مجال علم النفس – هو المقاييس النفسية, حيث يقاس القلق بطرق عدة منها الاستخبارات (Questionnaires) والقوائم (Inventories) وهي مجموعة من العبارات أو الأسئلة التي يشتمل كل منها غالباً على مؤشر أو عرض للقلق, ويتاح الآن العديد من استخبارات القلق كمقياس (تايلور) للقلق الصريح, وقائمة القلق (الحالة والسمة) من وضع (سبيلبيرجر) وزملائه, ومقياس (كاتل) للقلق, هذا فضلاً عن عدد غير قليل من القوائم والاستخبارات التي تقيس أنواعاً خاصة من القلق, كقلق الامتحان والموت والجنس والتواصل وغيرها, وقد جمع احد الباحثين ما يربو على (150) مقياساً للقلق من نوع الاستخبارات. (عبد الخالق, 2000م).كما يقاس القلق أيضاً بعديد من الطرق الفيزيولوجية المتصلة ببعض وظائف أعضاء الجسم, فضلاً عن قوائم الصفات ومقاييس التقدير والتي يتطلب كل منها مسرحاً مستقلاً. (عبد الخالق, 2000م).إننا نعتمد في تشخيص القلق العام على التصنيف الأمريكي الذي نشرته

الجمعية الأمريكية للطب النفسي في آخر دليل لها هو الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (1994م) (DSM-IV) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders فقد حدد هذا التصنيف (الرابع) انه يجب توافر ثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض الستة التالية لكي نشخص الحالة على أنها قلق عام, هذه الأعراض هي:

1. العصبية والنرفزة.
2. الإحساس بزيادة التوتر والغليان.
3. ضعف التركيز وضعف الذاكرة أو الشعور بالتخدر العقلي.
4. صعوبة الدخول في النوم (أرق) وأحلام مزعجة/ نوم متقطع.
5. توتر وآلام العضلات (صداع/ الشد على الأسنان)
6. سرعة التعب والإرهاق. (عبد الله, 1997م).

أما إذا نظرنا في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والمعدل في عام 1987م (DSM – III – R) فإننا نرى انه يضع (19) عرضاً وانه يجب أن تتواجد ست منها على الأقل. هذه الأعراض هي, الستة السابقة مضافاً إليها الأعراض التالية:-

1. الترقب والخوف (انشغال البال).
2. رد الفعل العصبي على الأصوات والحساسية الزائدة.
3. التململ وعدم الاستقرار.
4. الرجفة والارتعاش.
5. جفاف الفم.
6. زيادة التعرق.
7. هبات ساخنة وباردة بالجسم.
8. زيادة ضربات القلب.
9. صعوبة التنفس.
10. الدوخة والشعور بالإغماء.
11. صعوبة البلع.
12. تكرار التبول.
13. الغثيان والإسهال واضطرابات هضمية. (عبد الله, 1997م).

وهكذا نلاحظ أن الدليل التشخيصي الثالث المعدل عام (1987م) قد تضمن (19) عرضاً, وانه يجب أن تتواجد ستة منها على الأقل عند تشخيصنا للحالة على أنها قلق عام في حين أن الدليل التشخيصي الرابع عام (1994م) قد اختصرها إلي (ست) فقط وقال بأنه يجب أن تتواجد ثلاث من هذه الست حتى نحكم على الحالة بأنها قلق.والأعراض المذكورة آنفاً هي من مميزات القلق ومستلزمات تشخيصه.

## 2-3-11 علاج القلق:

يتوزع علاج القلق على النواحي التالية والتي تكون القواعد الأساسية في أكثر العلاجات:-

العلاج النفسي: بهدف تطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته وتحقيق التوافق. (زهران, 1997م).ويتخذ العلاج عدة صور وأساليب بالنسبة إلي مدارس علم النفس المختلفة

والطريقة التي يفضلها المعالج. (ثابت, 1993م).ويفيد التحليل النفسي وإظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور, وتنفيس الكبت, وحل الصراعات الأساسية. زهران, 1997م).ويستخدم العلاج السلوكي خاصة لفك الإشراط المرضي المتعلق بالقلق حيث أن نظرية التعلم الحديثة تعتبر القلق عادة أو فعل منعكس شرطي خاطئ, ولأجل إزالته وإضعافه, يعرض المصاب إلي تجربة صناعية مفتعلة وهو تحت تأثير عقاقير مهدئة أو في حالة الاسترخاء, يعرض إلي نفس القلق وبدرجة اقل حتى يتعلم المصاب تحمل ذلك القلق تدريجياً ولا يكترث به أو يتجاهله. (عيسوي, 2002م).وتفيد المناقشة والشرح والتفسير والتعليم والإقناع وكشف الأسباب وديناميكيتها وشرح التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للقلق. (عدس وتوق, 1993م).كما يفيد العلاج بالاسترخاء, والاسترخاء المقصود ليس في أعضاء الجسم فحسب بل في نفسية وتفكير المريض الذي يجب أن يبذل إرادة وإصرار على الإيحاء الذاتي بالتنويم الباطني بحيث يصل الدماغ إلي حالة من السبات والراحة. (عيسوي, 2002م).

الإرشاد النفسي:ويشمل الإرشاد العلاجي والإرشاد الزواجي وحل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها. (زهران, 1997م).

العلاج البيئي:أي تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ. (زهران, 1997م). فبعد دراسة حياة المريض وظروفه المختلفة يمكن تشخيص مصادر القلق أن وجدت, وملاحظتها بتغيير الوضع العائلي, أو تغيير العمل, أو المحيط الاجتماعي. (فهمي, 1998م).

العلاج الطبي:يستخدم العلاج الطبي للأعراض الجسمية المصاحبة, وطمأنة المريض انه لا يوجد لديه مرض جسمي. (زهران, 1997م).والعلاج الطبي للقلق يعتمد بالدرجة الأولى على استخدام العقاقير المهدئة والملطفة الحديثة. فحالات القلق الشديدة تحتاج إلي إسعاف سريع لتهدئة المريض وإراحته قبل التفكير بالعلاج النفسي أو البيئي أو الإرشادي. (عيسوي, 2002م).ويشمل العلاج الطبي للقلق العلاج بالعقاقير والعلاج بالصدمة الكهربائية, والعلاج النفسي الجراحي وفيما يلي شرح لهذه الطرق الثلاث:-

**1- العلاج بالعقاقير:**وهو يشمل ثلاث حالات:-

أ. فحالات الرعب والانهيار والإعياء والإغماء تحتاج إلي استعمال طريقة النوم الدائمي (Continuous Sleep Therapy) وذلك بتزويد المريض بكميات من المواد المنومة والمهدئة بحيث ينام مدة 20 ساعة في كل 24 ساعة يكون خلالها قد تمتع باسترخاء عقلي وجسمي تامين. أما خلال الأربع ساعات من اليقظة فتستخدم لقضاء حاجاته الابرازية ولتناول الطعام. ويستخدم لذلك مركبات الباربتيورات (Barbiturates) (اميتال أو سيكونال), أو كلورال هايدريت. (Kumarand clark, 2002).

ب. ولحالات القلق الحادة والمتوسطة يمكن إعطاء حقن من مواد الفاليوم أو اللبيريوم أو تعطى بشكل حبوب كالآتي:-فاليوم 2 -10ملغم/ 3مرات باليوم.ليبريوم 5-10ملغم/ 3مرات باليوم.ميبروباميت 200- 400ملغم/ 3مرات باليوم.

سيرباكس 10- 20 ملغم/ 3مرات باليوم. (Kumarand clark, 2002).

ت. أما حالات القلق المزمنة والمتكررة, فتعطى نفس المواد الآنفة الذكر مع إضافة عقاقير ضد الكآبة مثل (البارنيت) 10ملغم/ 3مرات باليوم أو (الناردیل) 15 ملغم/ 3مرات باليوم أو (النياميد) 50 ملغم/ 3مرات باليوم. وقد وجد أن المواد ضد الكآبة تعمل ضد القلق واللبيريوم. فالقلق يكون مصحوباً عادة بالخوف والرعب والكآبة. أما الارق فيعالج بالأدوية المنومة من نوع الفينوباربيتون من (30- 120) ملغم وقت النوم أو الاميتال, أو الموكادون من(10-20) ملغم. (Kumarand clark, 2002).

**2- العلاج بالصدمة الكهربائية:**أن حالات القلق المزمن والمصحوبة بالاكتئاب الشديد قد تحتاج أحياناً إلي بضعة جلسات كهربائية. (عيسوي, 2002م).

**3- العلاج النفسي الجراحي:**إن بعض حالات القلق المزمنة والمصحوبة بالكآبة لا تجدي معها العلاجات السابقة. ولكي تتاح الفرصة للشخص المصاب للخلاص من شدة وتوتر العواطف المؤلمة, فإن العملية الجراحية يمكن أن تفيد في إزالة القلق وتهدئة التوتر. (الدباغ, 1993م).إن أساليب العلاج الجراحي للقلق المستخدمة تشمل (جراحة الفصين الجبهيين). (ماركس, 1999م).

ما سبق كان عرضاً مختصراً لأهم التوصيات العلاجية للقلق.وتجدر الإشارة إلي أن القلق يعتبر من أكثر الإمراض النفسية استجابة للعلاج. وقد وجد أن العلاج النفسي المختصر مع استخدام العقاقير النفسية الوهمية (Placebo) كان فعالاً قدر فعالية استخدام العلاج النفسي المختصر مع العقاقير. (زهران, 1997م).

## 2-3-12 مآل القلق:

عندما تكون البداية مفاجئة تدفع المريض للبحث عن علاج عكس البداية المتخفيه, وإزالة السبب يتبعها نقص القلق في معظم الحالات. (حمودة, 1991م).وقد يكون القلق مزمناً وقد يظل مدى الحياة, ومن مضاعفات القلق حدوث نوبات هلع في (25%) من المصابين به, أو إدمان العقاقير المهدئة في محاولات المريض علاج نفسه ذاتياً. (http:// www. feedo.net). وعلى كل حال, فان مآل القلق حسن جداً وخاصة: كلما كانت الشخصية قبل المرض متوازنة والأنا قوياً, وكلما كانت ظروف حياة المريض اقل قسوة, كلما كانت مكاسبه الأولية والثانوية من المرض اقل, وكلما كانت دافعتيه للشفاء وتعاونه مع المعالج اقوى. (زهران, 1997م).

## 2-3-13 مدى حدوث القلق وانتشاره:

القلق هو أشيع حالات العصاب, ومن أشيع الاضطرابات النفسية عموماً, فهو يمثل (30% - 40%) من الاضطرابات العصابية. (زهران, 1997م).والقلق أشيع في الطفولة, والمراهقة, وسن القعود, والشيخوخة, (زهران, 1997م). ويذكر (مايرجروس) وزملاؤه أن نسبة الذكور تماثل نسبة الإناث معني ذلك انه لا توجد فروق بين الجنسين في مستوى القلق, إلا أن بعض الدراسات تشير إلي أن القلق أشيع لدى الإناث منه لدى الذكور. (فهمي, 1998م). والغالبية منهن في سن القدرة على الإنجاب. (عبد الخالق, 2000م). ويذكر (ليف) أن انتشار الاضطرابات السيكاترية ومن بينها القلق تختلف تبعاً للجنس فالنساء أكثر عرضة واستعداداً للقلق من الرجال, ولكن مستوى ما يحدثه القلق من تعجيز لديهن يعد أعلى قليلاً بالنسبة للرجال, فان أنواع القلق المرتبطة بالطمث والحمل وسن اليأس شائعة لديهن بدرجة كبيرة, بالإضافة إلي أن المجتمع الحديث قد ولد صراع الأدوار بالنسبة للمرأة. (عبد الخالق, 2000م).

## 2-3-14 ملاحظات على القلق:

أثبتت البحوث أن للقلق الموضوعي العادي وظائف حيوية هامة يمكن للإنسان استغلالها: فهو يساعد على تنشيط المراكز العصبية العليا فتزيد قوة التركيز والتمييز والاستنتاج واتخاذ القرارات وحل المشكلات بسرعة. وهو قد يلعب دور الدافعية نحو السلوك الهادف. وقد يلعب دور إشارة توجيه الفرد إلي إدراك التهديدات بحساسية شديدة وينبهه للقيام بعمل توافقي. (زهران, 1997م).ومن أهداف القلق ما يلي:-الفوز باهتمام الآخرين, وانتباههم, والتخلص من المسئوليات, والسيطرة على الآخرين والتحكم فيهم, والهروب من الأوضاع المؤلمة أو المتعبة. (عيسوي, 2002م).ويقل القلق كلما انحسر الضغط الخارجي, وكلما تمكنت الشخصية من استخدام دفاعاتها بنجاح. ومن حيل الدفاع المستخدمة للتخفيف من القلق: التبرير (تحويل القلق إلي مخاوف معقولة) والإنكار (شعورياً أو لا شعورياً) والهروب (من مواقف القلق) والكبت واللامبالاة. (راجح, 1999م).ويستهلك القلق الكثير من صحة الإنسان ومقاومته, بسبب حرمانه من النوم, حيث ينتاب بعض الناس الأرق بصفة دائمة, أو في معظم الوقت, ويحدث ذلك عند وجود ضغوط أو مشاكل. وقد يؤدي القلق إلي الإكثار من الأكل والشرب والتدخين عند بعض الناس وهذه العادات السيئة تدمر صحة الملايين منهم. (عبد الغني, 2000م).موجز ما تقدم يعتبر القلق أكثر الحالات العصابية شيوعاً في العصر الحديث وهو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث, ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية, ويشبه القلق الخوف ويختلف عنه, فهو يشبه في انه يهدد كيان الفرد, ويختلف عنه في أن الخوف غالباً ما يكون من مصدر معين في العالم الخارجي يهدد بشدة كيان الفرد. أما القلق في أكثر حالاته فانه شعور بالتهديد من شيء غير واضح المعالم في العالم الخارجي وغالباً ما يكون مرتبطاً بالإحساس بالذنب والخوف من تحطيم المعايير الاجتماعية.وتوجد أنواع متعددة من القلق مثل: القلق العادي (السوي) أو القلق الموضوعي الذي ينتج عن متاعب خارجية واضحة ويزول بزوال السبب, والقلق العصابي الذي يرجع إلي الصراع النفسي ولا يزول بزوال السبب ولكن يحتاج إلي العلاج النفسي. والقلق الثانوي الذي يصاحب الإمراض النفسية الأخرى كالوسواس القهري.وترجع أسباب القلق إلي تزامل كل من العاملين الوراثي والبيئي. فقد يرجع إلي الاستعداد الوراثي, وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية نتيجة للازمات والتوتر بالإضافة إلي مواقف الحياة الضاغطة مثل, تعرض الفرد لصعوبات متكررة في الحياة أو فشله فشلاً ذريعاً دون أن يجد من يساعده ويوجهه أو يشجعه فان هذا يؤدي إلي الشعور بالقلق.وغالباً ما يضع القلق المرء في حلقة مفرغة: إذ يؤدي المثير البسيط إلي قلق زائد لا يتناسب مع الموقف. وهذا يجعل الفرد عاجزاً عن التصرف السليم إزاء الموقف مما يزيد قلقه. فهو أما يضخم الخطر, أو يجعلنا ننكر وجوده أو يحملنا على القيام بأعمال طائشة, إلى هرب من الموقف.وتجدر الاشارة

إلي أن القلق يتراوح بين الخفيف والحاد الذي تصل شدته إلي حالة من الرعب والفزع. كما انه انفعال مدمر, حين تشتد وطأته لا يطاق عذابه. بحيث أن كثيراً من الناس يلجئون إلي العلاج.

## المبحث الرابع
## 4-2 الاكتئاب (Depression)

### 1-4-2 تمهيد:

الاكتئاب، كحالة من الشعور، لون من ألوان المزاج قل أن نجد من لم يتحسس به ولو لفترة قصيرة في حياته، وكحالة مرضية، فقد عرف الاكتئاب ووصف منذ اقدم العصور وما يزال حتى اليوم تجربة نفسية عامة الوجود عند مختلف الأجناس والثقافات.(Santrock, 2000).ويُعد الاكتئاب من المشكلات النفسية التي تعوق الفرد عن أداء دوره الاجتماعي، وعن توافقه وارتقائه. (الأنصاري، 1998).وقد شهدت العقود الأخيرة زيادة ملحوظة في عدد البحوث المنشورة عن الاكتئاب، ويرجع ذلك إلى أن هذا الاضطراب يستحوذ على معدل مرتفع جداً للوفيات، ومن ثم يمكن النظر إلى الاكتئاب بوصفه واحداً من الاضطرابات الخطيرة، إذ ترجع الغالبية العظمى من الوفيات في حالات الاكتئاب إلى الانتحار. (الدسوقي، 2000) .وفي الاكتئاب يخبر الفرد نوعاً من القنوط يزيد في نسبته عن الحادثة الواقعة التي خيبت رجائه وفي مدته عن الفترة المعتادة. ولو أن فرداً سوياً تعرض لمثل هذه الواقعة لاستجاب لها بدرجة أخف من الانفعال، أو لو أنها كانت واقعة اكثر شدة لاستجاب لها بانفعال يدوم لفترة اقصر. (سوين، 1988)

ولعل حالات الاكتئاب على كثرتها، اكثر بكثير مما يظهر للناس وللأطباء على حد سواء. ذلك أن نسبة كبيرة ممن يعانون الشعور بالاكتئاب يضمون الشعور إلى صدورهم ولا يبوحون به، والكثير منهم يلجأون إلى وسائل مختلفة لتبديد شعورهم بالاكتئاب. وتتباين هذه الوسائل حسب إمكانيات الفرد وخصائصه النفسية. ويمكن اعتبار الكثير من مظاهر الإنتاج الأدبي والفكري وسيلة من هذه الوسائل، كما يمكن اعتبار وسائل الإدمان المختلفة، من ابسطها كالتدخين والشراب إلى المسكرات والمخدرات والعقاقير المهدئة والمفرحة والمهلوسة دليلاً على توفر عنصر الاكتئاب بدرجات مختلفة في نفوس جزء كبير من الإنسانية بشكل عام. ومع أن معظم الحالات الاكتئابية لا تأتى إلى استشارة الأطباء، إلا أننا نلاحظ باستمرار كثرة ظهور أعراض الاكتئاب عند توقف الفرد عما تعود وادمن عليه من مخدر أو مهدئ أو شراب أو عمل. (كمال، 1989).

ويُعد الاكتئاب من اكثر العلل تدميراً للإنسان إذ يرتبط بالانتحار برباط وثيق، وقد دلت نتائج دراسات حديثة على أن 50% تقريباً ممن حاولوا الانتحار أو انتحروا فعلاً كانوا يعانون من الاكتئاب، كما أن معدلات انتشار الاكتئاب تزايدت بشكل ثابت في العشرين سنة الأخيرة. (Santrock, 2000)

### 2-4-2 تعريف الاكتئاب:

يأتي مصطلح "الاكتئاب" من كلمة "كئب" أي بمعنى تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن. وقد اتسع مصطلح "الاكتئاب" ليكون اكبر من ذلك لأنه حالة مرضية لها عواقبها الوخيمة ولابد من معالجتها عند الفرد المصاب. (الخالدي، 2002، ص 336)

تعريفات بعض علماء النفس والمختصين:

قام العديد من العلماء والمختصين بتعريف الاكتئاب، وظهر بين تعريفاتهم الاختلاف الواضح في تحديد مفهوم كل نمط من الأنماط الاكتئابية، تبعاً لاختلاف الأعراض التي يتميز بها المريض بذلك النوع من الاكتئاب، أي أن اختلاف الأنماط ناتج عن اختلاف الأعراض. (الخالدي، 2002)

وفيما يلي عرض لبعض هذه التعريفات:-

1. يعرف بيك (Beck) 1967، الاكتئاب بأنه حالة تتضمن تغيراً محدوداً في المزاج وذلك مثل الشعور بالحزن والوحدة واللامبالاة، بالإضافة إلى مفهوم سالب عن الذات مصاحب بتوبيخ للذات وتحقيرها ولومها مع الرغبة في الهروب والاختفاء والموت، يضاف إلى ذلك تغيرات في مستوى النشاط، كما تظهر في صعوبة النوم وفقدان الشهية وتغيرات في مستوى النشاط العام بالنقصان. (الدسوقي، 2000، ص ص 8-9).
2. يعرف كولز (Coles) 1982، الاكتئاب بأنه خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن، والتشاؤم، وفقدان الاهتمام، واللامبالاة، والشعور بالفشل، وعدم الرضا والرغبة في إيذاء الذات، والتردد، وعدم البت في الأمور، والإرهاق، وفقدان الشهية، ومشاعر الذنب، واحتقار الذات، وبطء الاستجابة، وعدم القدرة على بذل أي جهد. (الدسوقي، 2000، ص 9).
3. يعرف كليرمان (Klerman) 1983، الاكتئاب بأنه سلوك غير تكيفي، واستجابة غير سوية للضغوط، ومظهر من مظاهر خلل الوظائف المعرفية، ويحدث عادة مصاحب لعدد كبير من الأمراض العضوية، كالعدوى الفيروسية، واضطراب الغدد، واضطراب الجهاز العصبي المركزي والاورام. (الدسوقي، 2000، ص 9).
4. الاكتئاب حالة من الألم النفسي يصل إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوباً بالإحساس بالذنب وانخفاضاً ملحوظاً في تقدير الذات ونقصاناً في النشاط العقلي والحركي والحشوي. (زيور، "د.ت"، ص ص 12-13).
5. الاكتئاب يقصد به الشعور بالكآبة والبكاء واضطراب النوم وفقدان الشهية إلى الطعام، وفقدان الشهوة الجنسية، ونقصان الوزن، والإصابة الإمساك، وسرعة دقات القلب، والإحساس السريع بالتعب، والشعور بالقلق والتشاؤم، وسرعة الاستثارة، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، والشعور بعدم القيمة وبالنقص وعدم الكفاية. (عبد العزيز، "د.ت"، ص 152).
6. الاكتئاب موجة من الحزن العميق التي تجتاح الفرد فيفقد معها لذة الحياة ويشعر بأنها لا معنى لها، ولا هدف له فيها، ولا يعرف سبباً لهذا الانقباض الذي يكون كالعبء الثقيل عليه. (جلال، 1986، ص 149).
7. الاكتئاب هو استجابة انفعالية مبالغ فيها، مصحوبه في كثير من الأحيان بالقلق واليأس، وتسيطر على المكتئب أحاسيس مثل مشاعر الذنب المبالغ فيها، وانعدام الثقة بالنفس والتأنيب المستمر للذات، مع ضعف في نشاط الفرد وعلاقاته الاجتماعية، وتقوقع الشخص على ذاته في خيبة أمل وعجز (إبراهيم، 1987، ص183).
8. الاكتئاب عبارة عن اتجاه انفعالي ينطوي على شعور بالحزن، والنكد، واليأس، والقنوط، وعدم الكفاية، والإجهاد، وتثبيط الهمة، والقابلية للتعب، وصعوبة التفكير، وفقدان الأمل، والتكدر، وخفض النشاط، والتشاؤم من المستقبل (دسوقي، 1988، ص ص 372-373).
9. الاكتئاب حالة انفعالية من الحزن المستمر مصحوبة بأقصى مشاعر اليأس والقنوط. وغالباً ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبادأة، وفتور الهمة والأرق، وفقدان الشهية، وصعوبة في التركيز وفي اتخاذ القرارات. (جابر وكفافي، 1990، ص916).
10. الاكتئاب هو موقف عاطفي أو اتجاه انفعالي يتخذ في بعض الأحيان شكلاً مرضياً واضحاً. وينطوي على شعور بالقصور وعدم الكفاية واليأس، بحيث يطغي هذا الشعور على المرء أحياناً، ويصاحبه انخفاض عام في النشاط النفسي والعضوي (رزوق، 1992، ص 44)

11. الاكتئاب حالة من الاضطراب النفسي تبدو اكثر وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، حيث يتميز بالحزن الشديد، والانقباض، واليأس من الحياة، ووخز الضمير. (طه، 1993، ص 110)

12. الاكتئاب هو اضطراب يتمثل في صعوبة التفكير، وكساد في القوى الحيوية والحركية، وهبوط في النشاط الوظيفي، وقد يكون له أعراض أخرى كتوهم المرض، وأوهام اتهام الذات، وتوهم الاضطهاد، والهلوسة، والاستثارة. (الحفني، 1994، ص 206)

13. الاكتئاب هو فقدان الأمل، والشعور المستمر بالحزن المصاحب لأعراض اخرى لا تقل عن أسبوعين (الشمري، 1996، ص 65)

14. الاكتئاب حالة انفعالية تتسم بالاعتمادية وتتميز بمواقف انفعالية سلبية، وتغير في مجال الدوافع، والانطباعات المعرفية، وبالسلوك السلبي عموماً. ويمر الشخص المصاب بالاكتئاب بانفعالات مؤلمة وحزن عميق (السوداوية) وقلق ويأس، وتقل الحوافز والدوافع والنشاط اللا إرادي إلى حد كبير. (يتروفسكي وياروشفسكي، 1996، ص 72).

15. الاكتئاب هو اضطراب انفعالي يتميز صاحبه بالحزن والسوداوية والخمول، وفقدان النشاط، وقلة الكلام والحركة، والشعور بالوحدة والميل للعزلة والشعور بالذنب، وفقدان الشهية للطعام، واضطراب النوم. (عبد الله، 1997، ص 241)

16. الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه. (زهران، 1997، ص 514)

17. الاكتئاب حالة من القنوط، والتعاسة الظاهرة، والقلق الحاد، وهبوط في المعنويات النفسية، وصعوبة في التركيز، وتدني النشاط الوظيفي. (الجسماني، 1998، ص ص 80-81)

18. الاكتئاب هو اضطراب وجداني يتميز بمزاج سوداوي، وإحساس بعدم الرضا، وعدم القدرة على الإتيان بالنشاط السابق، واليأس في مواجهة المستقبل، وفقدان القدرة على النشاط، ووجود صعوبة في التركيز، والشعور بالإرهاق التام، مع اضطراب في النوم والشهية للطعام. (عكاشة، 1998، ص 112)

19. الاكتئاب يشير إلى زملة اكلينيكية تشتمل على انخفاض في الإيقاع المزاجي، ووجود مشاعر الاستياء المؤلم، وصعوبة في التفكير، والشعور بالإثم مصحوباً بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الشخصية والنشاط النفسي الحركي بل والنشاط العضوي أيضاً. (الشناوي وعبد الرحمن، 1998، ص ص 307-308)

20. الاكتئاب حالة من الحزن العميق يحس فيها الفرد بعدم الرضا، وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق، ويأسه في مواجهة المستقبل، وفقدان القدرة على النشاط، وصعوبة في التفكير مع اضطراب في النوم والشهية. (عبد الله، 1999، ص 185)

21. الاكتئاب حالة من الاضطراب النفسي تتميز بالحزن الشديد، والإحباط، وفتور الهمة، وعدم الاستمتاع بأي شيء، والشعور بالتعب والإرهاق عند القيام بأي عمل، وضعف القدرة على التركيز وعدم القدرة على اتخاذ أي قرارات، والشعور بالذنب، والإحساس بالتفاهة وعدم القيمة، وعدم القدرة على النوم أو تقطع النوم، وفقدان الشهية لتناول الطعام أو تناول الطعام اكثر من المعتاد, وفقدان الوزن، وفي أحيان أخرى زيادة الوزن، وفقدان الاهتمام بموضوع الجنس، والقلق بشأن الصحة البدنية. (الدسوقي، 2000، ص13)

22. الاكتئاب عبارة عن أساليب من السلوك تتسم بعدم الاستجابة وانخفاض مستوى النشاط. (ويتيج، 2001،ص297)

23. الاكتئاب عبارةعن رد فعل لبعض الأحداث في الحياة، تلك التي تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق .(عيسوي، 2002،ص93)

24. الاكتئاب اضطراب يتمثل في مشاعر الحزن والذنب، وفقدان الشهية، وربما البكاء المتكرر، وانعدام الثقة بالنفس، والتأنيب المستمر للذات. (سيسالم، 2002، ص111)

25. الاكتئاب هو استجابة لفقد إنسان أو شئ عزيز، وان الشعور بالاكتئاب لهذا الفقدان يقويه في النفس حالات مماثلة حدثت للفرد المكتئب في طفولته، وربما لا تكون فقدانا بالمعنى المفهوم، فقد تكون حالات انفصال عن عزيز أو خيبة آمل فيه، وقد يكون الاكتئاب ناتج عن عجز الفرد عن تصريف الغضب فيشعر بالحزن والكابة. (الخالدي،2002، ص336).

يتبن لنا من هذه التعريفات أن ما يميز الاكتئاب هو أنه:-

1. سلوك غير تكيفي.
2. استجابة انفعالية.
3. مظهر من مظاهر خلل الوظائف المعرفية.
4. يصاحبه تغيرا في المزاج، وتغيراً في مستوى النشاط.
5. مبالغة الفرد في خطورة الموقف.

وهكذا فإنه بإمكاننا أن نقول في تعريف الاكتئاب، انه "سلوك غير تكيفي، واستجابة انفعالية مبالغ فيها، ومظهر من مظاهر خلل الوظائف المعرفية، يصاحبه تغيراً في المزاج، وتغيراً في مستوى النشاط".

وفي إطار مناقشتنا لتعريفات الاكتئاب نصل إلى أن الاكتئاب يعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزُملة الاكتئابية (Deprssive Syndrome)

3-4-2 أصناف الاكتئاب: لقد أسفرت نتائج الجهود العلمية التي بذلها المهتمون بدراسة الاكتئاب عن تصنيفات متعددة لهذا المرض، إلا أن هذه التصنيفات وإن تعددت في مناحيها، إلا أنها متفقة من حيث التشخيص والتحليل والمعالجة. (الخالدي، 2002).هناك حالات اكتئاب وظيفية تحدث لدى الاصحاء داخل حدود الأداء العقلي المعتاد، وحالات اكتئاب مرضي، وهي تعد إحدى الظواهر الأساسية للطب النفسي.(Weiten, 2000)

يميز روزنهان (Rosenhan) وسيلجمان (Seligman) بين نوعين من الاكتئاب:-

1. **الاكتئاب الاكلينيكي (Clinical Depression)**: حيث يتضمن الدرجة الشديدة من أعراض الاكتئاب والتي يمكن عندها الإشارة إلى اضطراب اكتئابي اكثر خطورة من الاكتئاب المعتاد أو السوي. ويميز بمجموعة من المحكات التشخيصية التي تتضمنها مراجع التصنيف التشخيصية. (يوسف، 2000)

   ويعرف الاكتئاب الاكلينيكي أو المرضي بأنه حالة قصوى من عدم الاستجابة للمثيرات مصحوبة باحتقار الذات والشعور بعدم الجدوى والقنوط. (يوسف، 2000)

2. **الاكتئاب المعتاد أو السوي (Normal Depression):** ويتمثل في أعراض مزاجية اكتئابية تتوزع بأشكال مختلفة لدى الجمهور العام. ولكنها تظل خفيفة في إطار الحد السوي الذي لا يستدعي انتباهاً اكلينيكياً خاصاً. (يوسف، 2000)

وتشير كتابات المتحدثين عن الاكتئاب إلى إمكانية تصنيفه إلى نوعين:-

1. **اكتئاب خارجي المنشأ (Exogenous Depression):** وهو نوع يصيب الفرد كرد فعل لظروف نفسية خارجية (عبد الله، 1997) وهو استجابة زائدة عن الحد لحادث مفجع (الحفني، 1994) مثل موت شخص عزيز، أو حدوث كارثة مالية. ولذلك يطلق عليه بالاكتئاب التفاعلي، أي انه رد الفعل الطبيعي والنتيجة السيكولوجية المتوقعة للظروف الخارجية المسببة له، فهو إذن وفق هذا المنظور اكتئاب نفسي خارجي المنشأ. (الخالدي، 2002).

2. **اكتئاب داخلي المنشأ (Eendogenous Depression):** وهذا النوع عكس النوع السابق إذ ليس له سبب شعوري أو غير شعوري (الخالدي، 2002) ولكنه يرجع إلى عوامل وراثية وبيولوجية (عبد الله، 1997)، بخلاف الاكتئاب النفسي الذي تعمل الأحداث الخارجية عملها في اظهاره، وذات تأثير مباشر فيه. وأن الاكتئاب الداخلي المنشأ هو الاكتئاب الحقيقي، ويطلق عليه الاكتئاب الذهاني. (الخالدي، 2002).

وهناك العديد من أصناف الاكتئاب نوجزها وفق الصور الآتية:-

### 1. الاكتئاب العصابي (Neurotic Depression):

ينتج عن ظروف نفسية متعددة لذلك أطلق عليه بالاكتئاب النفسي إشارة إلى مسبباته النفسية الخارجية. (Gray, 1999) .وملامحه الرئيسية هي شعور الفرد بالحزن، والرغبة في البكاء، واضطراب النوم، وفقدان الشهية للطعام، وانهيار الطاقة الجنسية ونقص واضح في الوزن، والامساك، والسرعة في ضربات القلب، والانسحاب، والشك، والشعور بالتشاؤم وندرة التفاؤل، والشعور بالانهاك وسرعة التعب، والاهتياج الانفعالي، وضعف القدرة على الحسم واتخاذ القرار، وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية، وخفض الدافعية، واليأس السريع، وهذا الاكتئاب يمكن اعتباره معتدل الشدة مصحوباً بالقلق ويخلو من الأعراض الذهانية. (الخالدي، 2002)

### 2. الاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression):

ينتج من اضطراب في البنية من داخلها (الحفني، 1994) نتيجة لعوامل وراثية وبيولوجية (عبد الله، 1997) وملامحه الرئيسية تتضمن العزلة التامة، وشعور دائم بالقلق دون أسباب واضحة، وتشاؤم مستمر وانعدام التفاؤل، الضجر والسأم، واليأس، وفقد الميول والرغبات وفقد الأصدقاء، واضطرابات النوم يصاحبها كوابيس، والخطيئة والشعور بالذنب، وتحقير الذات وحزن ثابت وحاد، وانعدام قيمة الحياة، وأفكار انتحارية، والقصور الجنسي في الرجال والبرود الجنسي وانقطاع الطمث في النساء، والصداع، والامساك، وتوهمات الإشارة والاضطهاد، ويعتبر هذا الاكتئاب حاد الشدة ويحتوي على أعراض ذهانية وبيولوجية. (الخالدي، 2002).

الفروق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني:

إن الاكتئاب العصابي يختلف عن الاكتئاب الذهاني من عدة اوجه وأبرز هذه الأوجه:

الاكتئاب العصابي اقل حدة من الاكتئاب الذهاني. وأسبابه لا توغل في ماضي المريض وطفولته كالاكتئاب الذهاني. (الخالدي، 2002).وأن المريض الذي يعاني من الاكتئاب العصابي يستجيب للتشجيع والطمأنينة وأنت تستطيع أن تسري عن حزنه أو تشغل ذهنه عنه كما انه يظل قادراً على أن يفيد من تغير البيئة، أضف إلى ذلك أنك لا تجد في تاريخه السابق فترات اكتئاب متكررة. كما أن الاكتئاب العصابي يكون استجابة لحادثة محزنة يمكن تحديدها والتعرف عليها بالفعل. (سوين، 1988).وأن المريض بالاكتئاب العصابي يستطيع أن يواصل حياته المهنية والاجتماعية، في حين لا يستطيع ذلك المريض بالاكتئاب الذهاني، والمريض بالاكتئاب العصابي لا يغالي في الحط من قدر نفسه أو تكسير شخصيته أو الإقلال من قدراته والانتقاص من ذكائه كالمريض بالاكتئاب الذهاني. فضلاً عن أن المريض بالاكتئاب العصابي يشكو من استغلال

الآخرين له أو استخفافهم به، بينما المريض بالاكتئاب الذهاني يشعر حقيقة انه تافه، وقذر في سلوكه، وأن الذنب هو ذنبه دائماً وليس ذنب الآخرين في كل ما يواجهه من مشاكل. (الخالدي، 2002).والمريض بالاكتئاب العصابي يبدو عليه التعب، وقد يجافيه النوم حيث يعاني من الأرق في بداية النوم، يرافقه قلق وتململ حركي، ويعزف عن الطعام فيصيبه الهزال والضعف، ولكنه لا يعجز عن الحركة، ولا يتبلد ذهنياً أو يتبادله الهوس. وأن تغير البيئة يفيد المريض.. بينما المريض بالاكتئاب الذهاني يشعر باكتئاب حاد الشدة خلا النهار، ويعاني من ارق الاستيقاظ المبكر، وغالباً يرافقه إعاقة حركية وتظهر لديه توهمات وهلاوس، وأعراض اكتئابية بدنية، وهذا الاكتئاب لا يتأثر بتغير البيئة. (الخالدي، 2002)

جدول رقم (3) يوضح الفروق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني:

| الاكتئاب العصابي | الاكتئاب الذهاني |
|---|---|
| ▪ غير عميق الجذور | ▪ عميق الجذور |
| ▪ لا يصاحبه جمود انفعالي تام | ▪ يصاحبه جمود انفعالي ويندر معه التعاطف الشعوري والابتسام الموضوعي والتجاوب مع مثيرات الفرح. |
| ▪ الاتصال بالواقع موجود | ▪ الاتصال بالواقع محدود أو معدوم أو آلي أو شبه آلي مع عدم اتصال الأفكار مع واقع الحياة الخارجية. |
| ▪ التقييم الذاتي سلبي | ▪ التقييم الذاتي يميزه تحقير الذات وإدانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص والاعتقاد في عدم استحقاقه للحياة أو عدم صلاحيته وعدم نفعه. |
| ▪ درجة النكوص عادية | ▪ درجة النكوص السلوكي شديدة وخطيرة |
| ▪ النشاط العقلي بطئ نسبياً | ▪ بطء وهبوط النشاط النفسي الحركي والوظائف العقلية |
| ▪ لا يوجد فيه أوهام أو هلوسات أو أفكار الانعدام | ▪ توجد فيه أوهام اكتئابية وهلوسات اضطهادية وهذيانات الخطيئة وأفكار الانعدام. |
| ▪ فكرة الانتحار تراود بعض المرضى ولكن ليس عن نية صادقة وبعد تردد وإعلان وتهديد بالانتحار وخوف من الأقدام عليه والهدف هو إيقاع الألم بالآخرين. | ▪ فكرة الانتحار تراود المريض عن نية صادقة ودون سابق تفكير ويحدث عادة فجأة ونادراً ما يعلن أو يهدد بالانتحار ولا يخافه ويقدم عليه في جمود شعوري والدافع هنا هو إهلاك الذات |
| ▪ المريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج | ▪ المريض لا يسعى للعلاج |
| ▪ علاجه في العيادة النفسية | ▪ علاجه في مستشفى الأمراض النفسية |

(زهران، 1997، ص 520)

## 2-4-4 درجات الاكتئاب:

الاكتئاب شأنه شأن معظم الاضطرابات العقلية فهو لا يتكون من صورة واحدة بل يكون اضطراباً تدريجياً ومستمراً يبدأ بالحالات القريبة من السواء ثم يتصاعد بشدته حتى يصل إلى حالات المرض العقلي التي تتطلب العلاج الطبي. (Lfton, 2000)

وللاكتئاب ثلاث مستويات من الشدة هي:-

**1/ الاكتئاب البسيط (Simple Depression):** وهو ابسط صور الاكتئاب (زهران، 1997). وملامحه الرئيسية هي:-

1. بطء ذهني وحركي.
2. حزن وتقطيب.
3. يبدو المريض اكبر من عمره.
4. لا يهتم المريض بشيء.
5. إجابات المريض مقتضبة بكلمة واحدة غالباً وبصوت ضعيف. (الحفني، 1994)
6. يشكو المريض من سوء حظه وأنه غير جدير بالحياة.

7. يشعر بالذنب ولوم الذات.

وذلك كله بدرجة تفوق ما هو عند الإنسان السوي والطبيعي. (عبد العزيز، "د.ت")

**2/ الاكتئاب الحاد (Acute Depression):** ملامحه الرئيسية هي:-

1. ينعزل المريض نهائياً عن المجتمع ويرفض الاختلاط بالغير.
2. لا يجيب عما يوجه إليه من كلام، وتكاد لا تسمع صوته.
3. يتوهم نفسه مجرماً.
4. يقترب من الانتحار. (يس، 1986)
5. يشتد الحزن والخمول وفقدان النشاط.
6. يزداد لوم الذات.
7. تسيطر عليه فكرة انه قام بآثام كبيرة. (عبد الله، 1997)
8. يتهم نفسه بأنه يجر المصائب على الآخرين.
9. قد يطلب لعقاب نفسه أن يودع السجن.
10. يفقد الشعور بالواقع.
11. قد يظهر عليه توهم المرض ويتركز في بطنه وأمعائه والعرض الشائع هو الإمساك الشديد.
12. تظهر عليه هلوسات سمعية ولكن قدراته الذهنية وذاكرته تظل كما هي.
13. المريض مقتنع بأنه لا يوجد من يقاسي أو قاسى مثلما قاسى هو .
14. يدرك انه مريض ويطلب العلاج. (الحفني، 1994)

**3/ الاكتئاب الهياجي (Agitated Depression):** ملامحه الرئيسية هي:-

1. يبلغ الحزن درجاته القصوى.
2. ينعزل المريض وحيداً بدون طعام.
3. يتحرك في غرفته ذهاباً وإياباً.
4. يضرب نفسه ويوجه إليها التهم.
5. تبدو في هذه المرحلة توهمات وهلوسات.
6. في هذا النوع يعاني المريض من الاضطراب ثنائي القطب (نوبات هوس واكتئاب دورين). (عبد الله، 1997)
7. يتحدث المريض بهياج ويبكي.
8. يندب حظه العاثر.
9. يطلق من الألفاظ ما يعبر به عن احتقار لنفسه مثلاً (أن الموت اهون لي، وأني لا استحق الموت).
10. وقد يحاول الانتحار ويقدر عليه بحكم هياجه، وكثرة حركته واندفاعه. (الخالدي، 2002)

وتشير كتابات المتحدثين عن الاكتئاب إلى وجود صور أخرى للاكتئاب نضيفها إلى ما سبق.

**4/ الاكتئاب المذمن (Chronic Depression):**

وهو دائم وليس في مناسبة فقط (زهران، 1997) ويكون فيه الحزن ملازم للشخص في اغلب الأوقات حتى انه يشكل سمة أساسية في شخصيته.ويشخص على حسب دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض والاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1994 (DSM-IV, 1994)، إذا لازم لمدة سنتين على الأقل. ولكن في الأطفال المراهقين يشخص إذا لازم لمدة عام واحد على الأقل. فإذا وجدت اثنان أو اكثر من الأعراض التالية (فقدان شهية أو فرط شهية – ارق أو فرط في النوم – نقصان في الطاقة أو تعب – تدني في تقدير الذات – ضعف في التركيز وصعوبة في اتخاذ القرار وشعور باليأس) فهو هنا يشخص بأنه اكتئاب مزمن. (Gray, 1999)

**5/ الذهول الاكتئابي (Depressive Stupor):**

وهي حالة كف نفسي مركز تنكص بالفرد إلى مرحلة طفلية بل بدائية يلزم فيها الفراش ولا يتحدث أبداً ولا يشارك في شيء ولا يتحرك وتظل عيناه مفتوحتين ولكنهما تتحركان، ولابد أن يطعمه أحد ويغسله ويدفعه إلى التبول والتبرز، وهو يقاوم الحركة، وأحياناً تتراخى عضلاته وتسقط اطرافه إلى أي موضع، وهو يتمنى الموت كحل من عذاب الضمير ومن الشر والاثم الذين يكللونه وأحياناً يصاب بتبلد في الشعور. وفي هذا النوع لا يذكر المريض شيئاً من مرضه بعد شفائه. (الحفني، 1994)

## 2-4-5 أسباب الاكتئاب:

يمكن تعديد أسباب الاكتئاب كما يلي:-

عوامل وراثية:

يرجع البعض الاكتئاب إلى عوامل وراثية مهيئة. فهناك بعض الأشخاص لديهم استعداداً للإصابة بالاكتئاب اكثر من غيرهم، وأن نسبة الإصابة بالاكتئاب بين السكان تكون بنسبة 0.4%، أما أقارب المصاب بالاكتئاب فيكون احتمال إصابتهم بالاكتئاب اكثر من ذلك. (Greow, 1992).إلا أن العوامل الوراثية والاستعداد التكويني للاكتئاب هي عوامل اقل تأثيراً وقوة من العوامل الخارجية والنفسية. (Gray, 1999)

عوامل بيولوجية:

أهمها تغيرات في بعض كيميائيات المخ ومن أهمها مادة السيروتونين ومادة النورادرينالين اللتان يعتقد انهما تلعبان دوراً هاماً في حدوث الاكتئاب عند نقصهما. (http://www.feedo.net)

عوامل نفسية:

وهذه العوامل هي الأهم ومنها:-

1. التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن برئ أو هزيمة... الخ) والانهزام أمام هذه الشدائد.
2. الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك)، وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو فقد ثروة أو فقد المكانة الاجتماعية أو فقد الكرامة أو فقد الشرف أو فقد الصحة أو فقد وظيفة حيوية أو الفقر الشديد.

3. اتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق، والعنوسة، وسن القعود (سن اليأس)، وتدهور الكفاية الجنسية، والشيخوخة.
4. الخبرات الصادمة، والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
5. التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال...الخ).
6. عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي و/أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.
7. الصراعات اللاشعورية.
8. سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلاً من أشكال الانسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات، حتى لقد يظهر في شكل محاولة الانتحار. (زهران، 1997)
9. شعور الفرد بالفشل في الحصول على الحب والعطف الكافي في السنوات الأولى من الطفولة.
10. تو فر (الأنا الأعلى) في الفرد الكئيب بدرجات قاسية شديدة وغير متسامحة.
11. عدم قدرة الفرد على الحب بدون كراهية، أو العكس بالعكس، أو كبت الكراهية في اللاوعي، أو قلب روح التعدي في الفرد وتوجيهها إلى نفسه بدل الغير.
12. الشعور بالإثم عندما لا يحب الإنسان إلا نفسه، كما يحدث في أولئك الذين يتصفون بشخصية نرجسية أنانية. (Lfton, 2000)
13. عدم الانسجام في العمل أو الوظيفة أو الكلية، أو عدم التكيف مع الزملاء والأصحاب.
14. حالات الخصومة والغضب والشدة والخوف التي قد يتعرض لها بعض الناس، وليس من الضروري أن يكون المرء طرفاً في هذه التجارب، ويكفي في بعض الحالات أن يكون مشاهداً لها أو سامعاً لحوادثها. على أن اكثر هذه الحالات ترسيباً للاكتئاب هي التي تقع ضمن الإطار العائلي. (Gerow, 1992)
15. التعرض لمرض جسمي مزمن ومنهك للقوى مما يدفع بالمصاب إلى التفكير بالنتائج السيئة وباحتمال الموت وإلى القنوط فالاكتئاب مثل التدرن الرئوي أو السرطان، وأمراض القلب، وفقر الدم، وهبوط الغدة الدرقية. (Sntrock, 2000)

## 6-4-2 أعراض الاكتئاب:

اهتم العديد من الباحثين بتحديد الملامح الأساسية للاكتئاب، وقاموا بدراسات خضعت لإجراءاتها عينات مختلفة، وتوصلوا إلى تحديد الخبرات المؤدية إلى الاكتئاب. وتكللت تلك الجهود في بناء عدد ليس قليلاً من المقاييس والاختبارات النفسية التشخيصية من اجل الوصول إلى تحديد دقيق للأعراض التي تتصف بها الشخصية الاكتئابية. (الخالدي، 2002)

وفيما لي عرضاً لنماذج من تلك الجهود:-

صنف بيك (Beck) الأعراض الاكتئابية في المظاهر التالية:-

1. **المظاهر الانفعالية:** وتتضمن فقدان الفرد القدرة على الاستمتاع بالحياة والمرح والضحك، وضعف الثقة بالنفس.
2. **المظاهر المعرفية:** وتتضمن تكوين صورة سلبية عن الذات، وتوجيه اللوم إلى الذات، وتضخيم المشكلات، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والحسم، وضعف الإحساس بقيمة الذات.

3. **المظاهر الدافعية:** وتتضمن الشلل في الإرادة، والرغبة في الهروب من الواقع، وتحبيذ فكرة الموت، وتزايد الرغبات الاتكالية.

4. **المظاهر الجسمية:** وتتضمن الشعور السريع بالتعب، وفقدان الطاقة الجنسية، والشعور بالارق. (عبد العزيز، "د.ت")

ويتفق روزنهان (Rosenhan)، وسليجمان (Seligman) مع بيك (Beck) حيث يشيران إلى أن الاكتئاب اضطراب وجداني يتميز بأربع فئات من الأعراض:-

1. **الأعراض الوجدانية:** وتتمثل في مشاعر الحزن وفقدان الاهتمام بالنشاطات الترفيهية والباعثة لمشاعر الرضا والسرور.
2. **الأعراض المعرفية:** وتتمثل في النظرة السلبية نحو الذات والمستقبل.
3. **الأعراض الدافعية:** وتتمثل في السلبية والتردد وانخفاض في مستوى النشاط العام وصعوبة اتخاذ القرار وبطء المهارات النفسية الحركية والميول الانتحارية.
4. **الأعراض الجسمية:** مثل فقدان الشهية للطعام واضطراب النوم ونقص وزن الجسم. (يوسف، 2000)

ويصنف بعض الباحثون أعراض الاكتئاب في أربع فئات أيضاً مع بعض التعديلات حيث يصنفونها إلى:-

1. أعراض انفعالية – دافعية.
2. أعراض بيولوجية (فسيولوجية).
3. أعراض سلوكية.
4. أعراض معرفية. (عكاشة، 1998)

ويرى باحثون آخرون أن الاكتئاب اضطراب له جوانب ثلاثة (انفعالية ومعرفية وبدنية)

1. **الجوانب الانفعالية:** وتتمثل في كراهية الذات التي قد تصل إلى التفكير في الانتحار أو الأقدام الفعلي عليه.
2. **الجوانب المعرفية:** وتتمثل في انخفاض تقدير الذات، وتشويه المدركات واضطراب الذاكرة، وتوقع الفشل وخيبة الأمل، وعدم القدرة على التركيز الذهني.
3. **الجوانب البدنية:** وتتمثل في اضطراب الشهية للطعام، واضطراب النوم، والعجز الجنسي، والصداع والإنهاك، وكثرة البكاء، وتناقص الطاقة. (عكاشة، 1998)

وفي ضوء النتائج التي أسفرت عنها الجهود العلمية التي قام بها المختصون والباحثون في سبيل تحديد الأعراض المتصلة بمرض الاكتئاب، نستدل على أن الاكتئاب يتسع ليشمل مجموعة غير قليلة، من الأعراض، إذ يمكننا من خلالها القيام بالتشخيص الاكلينيكي لهذا المرض، ونفضل أن نقدم وصفاً للأعراض الاكتئابية التي أشارت إليها كتابات المتحدثين عن الاكتئاب والتي تكاد تكون متوفرة في معظم حالات الاكتئاب.

**الأعراض الجسمية:** ومنها:-

1. انقباض الصدر.
2. الإمساك
3. الدوار
4. الغثيان

5. صداع يشمل عامة الرأس
6. آلام الظهر (اللومباجو)
7. آلام الرقبة
8. فقدان الرغبة الجنسية والضعف الجنسي عند الرجال والبرود الجنسي وانقطاع العادة الشهرية عند النساء
9. اضطرابات بالنوم (وقد تكون في صورة صعوبة في النوم أو كثرته)
10. اضطرابات الشهية للطعام (وقد تكون في صورة فقدان الشهية للأكل أو الفرط في الأكل بشراهة). (Lfton, 2000)
11. التعب لأقل مجهود وخمود الهمة
12. ضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي والضعف الحركي والبطء
13. الرتابة الحركية
14. توهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية. (زهران، 1997)

**الأعراض النفسية:**

1. القلق والتوتر والارق الشديد.
2. عدم القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة
3. الشعور بالذنب، وتوقع العقاب
4. انخفاض تقدير الذات، واتهام الذات، وتصيد أخطاء الذات وتضخيمها (Rital, et-al, 1993)
5. بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتذكر
6. التردد الشديد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات
7. عدم القدرة على إنجاز الواجبات ونقص الدافعية
8. قلة الكلام، وانخفاض الصوت، والصمت والسكون والشرود حتى الذهول
9. الانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال. (Weiten, 2000)
10. ضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص والشعور بعدم القيمة
11. الشعور بالخوف والرهبة من عالم ظالم أو دنيا معادية لا ترحم
12. الشعور بالضيق وعدم تحمل الشدائد والمشاكل والناس والضوضاء
13. انخفاض الطمأنينة النفسية. (Feldman, 2002)
14. البؤس واليأس والأسى، وهبوط الروح المعنوية، والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه، والانخراط في البكاء أحياناً.
15. انحراف المزاج وتقلبه والانكفاء النرجسي على الذات
16. التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة واجترار الأفكار السوداء، والاعتقاد بأن لا أمل في الشفاء

17. فتور الانفعال، واللامبالاة، ونقص الميول والاهتمامات، وإهمال النظافة والمظهر الشخصي، والإهمال العام وعدم الاهتمام بالأمور العادية (في المنزل وفي العمل وفي وقت الفراغ).

18. المعاناة من الأفكار الانتحارية ومحاولة الانتحار في الحالات الحادة.(Lfton, 2000)

وعموماً تتفاوت أعراض الاكتئاب من حيث شدتها وبساطتها كما تختلف من حيث حدة الإصابة أو البطء في تطورها. ففي بعض المرضى تكاد الأعراض لا تزيد إلا قليلاً عن الاعتيادي في المزاج بين الحزن والفرح، وفي البعض الآخر قد تبلغ حداً كبيراً من الشدة. (Gray, 1999).وقد تبدأ الأعراض الاكتئابية بشكل حاد يبلغ مداه في خلال زمن لا يتجاوز الساعات وقد يبطئ تطورها فيستغرق شهوراً أو سنوات. (Feldman, 2002).

وفي إطار مناقشتنا لأعراض الاكتئاب نصل إلى أن الاكتئاب يعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية (Deprssive syndrome) وهذه الأعراض تختلف من شخص إلى آخر فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب النفس، ويجيء عند البعض الآخر مختلطاً مع شكاوي جسمانية، وأمراض بدنية يصعب تحديد الحدود الفاصلة بينهما، ويعبر البعض الآخر عنه في شكل مشاعر اليأس، والتشاؤم والممل السريع من الحياة والناس وربما تجتمع كل هذه الأعراض في شخص واحد. (إبراهيم، 1998)

## 2-4-7 الاكتئاب والانتحار:

إن أهم وأخطر ما في الاكتئاب هو إمكانية قيام المريض بالانتحار. ومثل هذه الإمكانية لا يمكن التقليل منها في أي حالة من حالات الاكتئاب، ومع أن طول مدة الاكتئاب وعمقه اكثر ملائمة للمحاولة الانتحارية، إلا أن نسبة كبيرة من حالات الانتحار، وخاصة في دور المراهقة وفي سن الشباب، تحدث بشكل اندفاعي سريع وعلى اثر تجربة نفسيه طارئة تثير في النفس الاكتئاب والانفعال والرغبة في الموت دون توفير إنذار سابق من مرضى الاكتئاب أو النية في الانتحار. والواقع أن معظم الحالات الانتحارية هي من هذا النوع الانفعالي الاندفاعي السريع الذي يأتي ويتم بدون مقدمات مرضية. (Rital, et-al, 1993).إن الكثير من حالات الانتحار الناجحة أو الفاشلة تتم بدون إنذار مسبق بعزم المريض على محاولتها. ومثل هذه المحاولات في بعض المرضى هي الإشارة الأولى لوجود حالة الاكتئاب. وأكثر المرضى تصميماً على القضاء على حياتهم هم اكثر المحاولين للانتحار كتماناً لعزمهم، خوفاً من إحباط محاولتهم، وهم لذلك يختارون الوقت والوسيلة التي تضمن هذا النجاح. (Lfton, 2000).تشير مذكرات المنتحرين والتفسيرات التابعة للحالات التي نجحت في الانتحار والاستنتاجات المستخلصة من دراسة تواريخ الحالات إلى أن هناك العديد من الأسباب الكامنة وراء عمليات الانتحار وتشمل:-

1. الاكتئاب المزمن أو الوحدة.
2. الذنب وتأنيب الضمير والرغبة في عقاب الذات.
3. الخجل أو الخوف من العقاب نتيجة الفشل أو العدوان.
4. الرغبة في التصرف أو التحكم في الآخرين. (ربما في ذلك الرغبة في عقاب شخص ما).
5. الهرب من موقف لا يحتمل.
6. الدخول في حياة جديدة وإعادة الارتباط بمن يحبونه.
7. رد فعل فجائي تجاه الخسارة. (دافيدوف، 1988)

ومع أن معظم حالات الانتحار تتم بسرعة، وعلى اثر عامل حديث الزمن، إلا أن بعضها يأتي أثناء مرض الاكتئاب وفي مثل هذه الحالات توجد بوادر تنذر بإمكانية القيام بمحاولة انتحارية. والمظاهر المرضية التي تشير إلى هذا الاحتمال هي ما يلي:-

1. توفر حادثة انتحار سابقة في عائلة المريض.
2. تهديد المريض بالانتحار أو قيامه بمحاولة جزئية في الحاضر أو السابق.
3. تحدث المريض عن عدم جدوى الحياة، ورغبته في الموت.
4. شعور المريض المتزايد بالإثم وتحميله لنفسه مسئولية لم يكن مسئولاً عنها في الحدود التي صورها لنفسه.
5. وجود مخاوف متسلطة وملحة بأن المريض سيفقد عقله وتصرفاته.
6. إدمان المريض على المسكرات أو المنومات وتناولها بمقادير زائدة.
7. في حالة عيش المريض لوحده، أو في جو عائلي لا تجانس فيه. (Santrock, 2000)

8-4-2 قياس الاكتئاب وتشخيصه:

تشخيص الاكتئاب عملية يشترك فيها المريض نفسه ومجتمعه المحيط به، والطبيب الذي يراجعه. ومشاركة هذه المصادر الثلاثة يضمن التعرف على اكبر عدد ممكن من المرضى وعلاجهم. (Feldman, 2002).ولما كان معظم المرضى لا يعبرون عن شعور الكآبة بشكل مباشر فقد اقتضى التوصل إلى التشخيص من ورود مجموعة من الأعراض التي يتحسس بها المريض والتي توحي بمجموعها بأنه يعاني من حالة الاكتئاب. ومجموعة الأعراض هذه لا تتساوى عدداً أو درجة من الشدة أو أولية في التعبير في جميع المرضى أو في جميع أصناف الاكتئاب، وحتى في المريض نفسه قد تتفاوت هذه الأعراض بين يوم وآخر، وحتى في اليوم نفسه بين ساعة وأخرى. (Lfton, 2000).وللتوصل إلى هذه الأعراض وشدتها توجد طريقان:-

**الطريقة الأولى:** ما يفضي به المريض نفسه عما يعانيه. وتكون اشد الأعراض في نفسه هي التي يذكرها في البداية.

**الطريقة الثانية:**إجابة المريض على استبيان اعد خصيصاً لاستطلاع شعوره بأعراض الاكتئاب المختلفة وشدتها. (يوسف، 2000)

إذن الطريقة الثانية للتشخيص هي التي تعتمد على مقاييس التقدير الذاتي التي أعدت لذلك ومن أهم وأوفق هذه المقاييس هي (قائمة بيك للاكتئاب) وهي تتألف من (21) مفردة وتعتبر من اكثر مقاييس الاكتئاب استخداماً وتمتاز بسهولة تطبيقها وسهولة تصحيحها وتتوافر بيانات سيكومترية تدعم استخدامها. (يوسف، 2000).

إن وجود عاطفة البؤس والحزن والتوعك والنفور من مباهج الحياة، بالإضافة إلى مظهر المريض الكئيب أو تصريحه بتفاهة الحياة وميله للموت، تعتبر من الدلائل الأساسية لتشخيص الاكتئاب. (Rital, et-al, 1993)

أننا نعتمد في تشخيص الاكتئاب على التصنيف التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض والاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994)، The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV,1994)

فقد حدد هذا التصنيف انه توجد ثمانية أعراض اكتئابية يتم على أساسها تشخيص الحالة على أنها اكتئاب وذلك إذا تواجد منها أربعة أعراض على الأقل في الأسبوعين السابقين للتشخيص. (http://www.aafp.org)

وهذه الأعراض الثمانية هي:

1. ضعف الشهية (Poor Appetite) وفقدان الوزن أو زيادة الشهية والوزن. (عند الأطفال نقص الوزن).
2. ارق (Insomnia) أو افراط في النوم.
3. التهيج النفسي الحركي أو البطء النفسي الحركي (وليس مجرد الشعور بالعجز والتعب)، عند الأطفال نشاط زائد.
4. فقدان الاهتمام والمتعة في مختلف الأنشطة، وضعف الدافع الجنسي. (وعند الأطفال دون سن السادسة، تبلد).
5. فقدان الطاقة (Loss of energy) والإعياء والتعب (Fatigue).
6. الشعور بفقدان الأهمية والفائدة، ولوم الذات (Self-reproach) وتضخيم الشعور بالذنب (ربما يصل إلى درجة الهذيان أو التوهم).
7. شكاوى متنوعة وعدم القدرة على التفكير أو التركيز، وبطء التفكير (Slowed Thinking)

8. تفكير متكرر بالموت، وأفكار انتحارية (Suicide Ideation) والرغبة في الموت، ومحاولات الانتحار. (عبد الله، 1997، ص ص 241-242)

ويذهب عديد من الباحثين إلى أن تشخيص الاكتئاب يستدعي عادة فترة أسبوعين على الأقل، ولكن تكفي أحياناً فترات اقصر إذا كانت الأعراض شديدة وسريعة البداية. (الدسوقي، 2000)

## 2-4-9 علاج الاكتئاب:

يتم علاج حالات الاكتئاب الخفيف عادة خارج المستشفى إذا لم يكن هناك خطر محاولة الانتحار. أما إذا كان هناك محاولات فيحسن العناية بالمريض داخل المستشفى.(زهران، 1997).وفيما يلي أهم معالم علاج الإكتئاب:

**العلاج النفسي:** إن جلسات العلاج النفسي تتيح فرصة للتعرف على كيفية التعامل مع الضغوط الخارجية والتحدث عنها. كذلك التعرف على افضل السبل للتعامل مع الأعراض التي يعاني منها المريض أثناء المرض. وهذه الجلسات يتبع فيها أساليب مختلفة للعلاج (علاج سلوكي – علاج معرفي – علاج نفسي تحليلي – علاج اسري – علاج جماعي). وتحديد النوعية الأنسب للمريض تأتى بعد اخذ تاريخ المريض. (http://www.feedo.net).وفي العلاج النفسي يفيد (العلاج التدعيمي)، وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي رسبت الاكتئاب، والفهم، وحل الصراعات، وإزالة عوامل الضغط والشدة والتخلص من الشعور بالذنب والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض، وإبراز إيجابيات الشخصية، والمساندة العاطفية، والتشجيع، وإعادة الثقة في النفس، والوقوف بجانب المريض، وتنمية بصيرته، وإشاعة روح التفاؤل والأمل. وقد يسير العلاج كما لو كان في شكل محاكمة علنية (بدلاً من المحاكمة الداخلية) تنتهي بصدور قرارات وأحكام سلوكية تصحيحية. (زهران، 1997)

**العلاج الاجتماعي:** بدراسة أحوال المريض الاجتماعية والاقتصادية والثقافية يمكن تشخيص مواطن الضعف والقوة التي تكمل علاجاتنا العضوية والنفسية. وبمساندة البحث الاجتماعي النفساني (Psychiatric Social Work) يمكن نصح المريض وتسهيل السبل أمامه للتكيف من جديد تجاه الظروف الجديدة التي سيواجهها. إن العلاج الاجتماعي يضع اللمسات الأخيرة على حياة منظمة خاصة أو عامة. (Wortman, et-al, 1992)

**العلاج البيئي:** يتبع العلاج البيئي لتخفيف الضغوط والتوترات وتناول الظروف الاجتماعية والاقتصادية (بتغييرها أو التوافق معها). (زهران، 1997)

ويفيد كذلك في علاج الاكتئاب العلاج الترفيهي وإشاعة جو التفاؤل والمرح حول المريض، والعلاج بالموسيقى، والعلاج بالعمل. (زهران، 1997)

العلاج الطبي:

يشمل العلاج الطبي للاكتئاب العلاج بالعقاقير، والعلاج بالصدمة الكهربائية، والعلاج النفسي الجراحي. وفيما يلي شرح لهذه الطرق الثلاثة:-

**1/ العلاج بالعقاقير:** اكثر العقاقير استخداماً هي: مضادات الاكتئاب (Antidepressants) وهي كثيرة وأنواعها كالآتي:-

1. مضادات الاكتئاب ثلاثة الحلقة (Tricylic Antidepressants).
2. مضادات الاكتئاب المؤثرة على مادة السيروتينين

(Selective Serotenine Reupterke Inhibitors – Serotenine Euhancers).

3. مضادات الاكتئاب المضادة لانزيم المونوامين (Menoamine Inhibitors) (http://www.feedo.net)

هذا بالإضافة لاستخدام العقاقير للأعراض المصاحبة للاكتئاب مثل فقد الشهية ونقص الوزن والاجهاد. بالإضافة إلى المنشطات والمنبهات لزيادة الدافع النفسي الحركي (مثل كافين Caffeine). (زهران، 1997)

**2/ العلاج بالصدمة الكهربائية:** إن العلاج بالصدمة الكهربائية علاج فعال للحالات الشديدة من الاكتئاب المصحوب بهياج، ورغم ذلك فهو في العادة يستخدم فقط عندما تفشل العقاقير المضادة للاكتئاب في مساعدة المريض، أو عندما تكون هناك خطورة شديدة للقيام بالانتحار. أو عندما تكون هناك محاولات انتحار فعلية فعندئذ تكون الصدمة الكهربائية أسرع مفعولاً من العقاقير ويمكن إعطاء العقاقير المضادة للاكتئاب مع العلاج بالصدمة الكهربائية مع ملاحظة دقيقة للمريض خوفاً من ارتفاع ضغط الدم أو حدوث مضاعفات. (Kumar and Clark, 2002)

**3/ العلاج النفسي الجراحي:** في حالة عدم جدوى العقاقير والصدمات الكهربائية وحين يزمن الاكتئاب قد تجرى الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير. (زهران، 1997)

## 2-4-10 مآل الاكتئاب:

مآل الاكتئاب هو التحسن الكامل، ويعود الشخص لسابق أدائه الوظيفي والاجتماعي، ولكن في عدد غير قليل من الحالات تظل أعراض الاكتئاب لمدة عامين دون تحسن لفترة شهرين أو اكثر، وهذه الحالات تسمى النوع المزمن، وأهم مضاعفات الاكتئاب هو الانتحار. (حمودة، 1991)

## 2-4-11 مدى حدوث الاكتئاب وانتشاره:

يأتي الاكتئاب بعد القلق من حيث شيوعه كمرض عصابي (غريب، 1994). ويلاحظ في السنوات الأخيرة ازدياد في عدد حالات الاكتئاب بنوعيه (العصابي والذهاني) في العالم بشكل عام. ولعل هذا الازدياد اكثر وضوحاً في تلك البلاد التي تمر بأدوار سريعة من النمو والتطور في اوجه حياتها المختلفة. (Santrock, 2000).وقد تبين أن الاكتئاب شائع الحدوث في المجتمعات وكثيراً ما يحدث عند الأشخاص الذين يعانون من أمراض جسمية ونفسية المنشأ. وقد أكدت بعض الدراسات أن ما يقارب (20%) من المرضى الذين يراجعون الأطباء العاميين يعانون من أعراض اكتئابية أما مصحوبة بمرض بدني أو غير مصحوبة.وان نصف هؤلاء المرضى تقريباً (10%) تكون الأعراض الاكتئابية عندهم شديدة إلى الحد الذي يتطلب معالجة فورية ونوعية. ويشاهد الاكتئاب في كل المجتمعات بلا تمييز.(Santrock, 2000) ويلاحظ أن الاكتئاب يحدث عند الإناث اكثر منه عند الذكور وقد فسر ذلك بأن الإناث تتعرض لضغوط اجتماعية وبيولوجية بصورة دائمة. (Feldman,2002) ويشاهد الاكتئاب في العشرينات والثلاثينات وسن القعود (سن اليأس). (غريب، 1994) وعلى الرغم من أن الاكتئاب يعتبر مشكلة من مشكلات منتصف العمر ولدى كبار السن، فإن انتشاره لدى الراشدين الصغار وحتى بين الأطفال اصبح ملحوظاً الآن بشكل واسع وتوحي نتائج بعض الدراسات – عموماً – بأن الاكتئاب الخطير قد يحدث في عمر مبكر عما هو شائع ومعروف في التراث. (يوسف، 2000)

وقد بينت بعض الدراسات أن الاكتئاب يبدأ في أي سن وحتى في مرحلة الرضاعة، وأن تطوره يظهر في مرحلة الرشد حيث يميز حياة الشخص كلها. (عبد الله، 1997)

## 2-4-12 ملاحظات على الاكتئاب:

من أهداف الاكتئاب تهدئة القلق وتسكينه ومنع حدوثه، وإخفاء العدوان وكبته، والقصاص التفكيري من النفس، واستجداء محبة وعطف واهتمام ورعاية وإغاثة الآخرين. ويعتبر الاكتئاب صرخة (طلب للنجدة وطلب للحب والخدمة والاهتمام). (زهران، 1997) ويجد المصاب بالاكتئاب راحة وعزاء إذا تواجد بين أصدقاء ومعارف يرفهون عنه أو ينغمس معهم في أحاديث جانبية تلهيه عن معاناته. فإذا ما إن انفرد لوحده عاودته الأعراض من جديد. (Gerow, 1992)

ويكون المصاب في اسعد أوقاته عند بداية النهار، ثم يزداد ضيقه وترتفع كآبته بتقدم النهار بحيث يصل إلى الحد الأعلى من الضيق والضجر في المساء. (Rathus, 1993).لا يفقد المريض من وزنه عادة بالرغم من اضطراب شهيته. وربما يزداد وزنه، وتتحسن شهيته إلى الأكل من خلال عملية (التعويض) اللاشعورية. (Lahey, 1998)

موجز ما تقدم يعتبر الاكتئاب حالة من الاضطراب تبدو اكثر ما تكون وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض. حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة ولوم الذات على شرور لم ترتكبها الشخصية في الغالب بل تكون متوهمة إلى حد بعيد وتأنيب الضمير واستثارته ليأخذ بخناق الشخصية يؤنبها بقسوة ويجعل حياتها جحيماً لا يطاق.ومن هنا كان احتمال انتحار المريض كبيراً حتى يتخلص من هذه الحياة المملوءة بالحزن والهم واليأس والقلق والمخاوف التي قد تجعله قليل النوم بطئ الحركة رافضاً للطعام وبالتالي يصاب عادة جسمه بالهزال الشديد.

وهناك عدة نظريات لتفسير الاكتئاب، على أن هذه النظريات لا تفسر الكثير من حالات الاكتئاب مما يحملنا على الاعتقاد بأن هناك عدة عوامل مشتركة تتضافر في إحداث حالة الاكتئاب، كما أن هناك الكثير من الحالات التي تحدث بدون سبب واضح يفي بتفسيرها.إن الكثير من حالات الاكتئاب ترتبط بسبب تعزى إليه بشكل مباشر، ويرجع البعض الاكتئاب إلى عوامل وراثية وعوامل بيولوجية والبعض الآخر يرجعه إلى عوامل نفسية وخارجية. والاكتئاب يتسع ليشمل مجموعة غير قليلة من الأعراض التي يمكننا من خلالها القيام بالتشخيص الإكلينيكي لهذا المرض. وتتفاوت أعراض المرض من حيث شدتها وبساطتها، كما تختلف من حيث حدة الإصابة أو البطء في تطورها.وللاكتئاب تصنيفات متعددة إلا أن هذه التصنيفات وان تعددت في مناحيها إلا أنها متفقة من حيث التشخيص والتحليل والمعالجة. ولحسن الحظ أن الاكتئاب من الأمراض التي يمكن علاجها ولكن من مشاكل الاكتئاب هو التعرف عليه. ويكون مآل الاكتئاب افضل إذا عولجت الحالة علاجاً مناسباً وقبل حدوث أي تدهور في الشخصية.وتجدر الاشارة إلى أن الاكتئاب يعد من المشكلات النفسية التي تعوق الفرد عن أداء دوره الاجتماعي وعن توافقه وارتقائه. وهو اضطراب تدريجي يبدأ بالحالات القريبة من السواء ثم يتصاعد بشدته حتى يصل إلى حالات المرض العقلي. ويعد الاكتئاب من اكثر العلل تدميراً للإنسان إذ يرتبط بالانتحار برباط وثيق. وقد استعاذ منه النبي صلى الله عليه وسلم في دعائه (اللهم أني أعوذ بك من الهم والحزن وأعوذ بك من العجز والكسل) والهم يرادف القلق والحزن يرادف الاكتئاب في المصطلح النفسي الحديث.

## المبحث الخامس
## 5- العلاج النفسي (Psychotherapy)

### 2-5-1 تمهيد:

يتمثل العلاج النفسي في استخدام أساليب غير طبية في محاولة لمساعدة المريض في التغلب على مشكلة أو عدة مشكلات تواجهه. وتوجد أنواع عديدة من العلاج النفسي غير أنه يمكن القول بأن جذور مفهوم العلاج النفسي تمتد إلى أعمال (سيجموند فرويد) فقد شكلت اساليبه العلاجية أسس التحليل النفسي الذي ربما يعد من اشهر أساليب العلاج النفسي (أرنوف،2001).ويتمثل الهدف الأساسي لأساليب العلاج النفسي في محاولة تقديم المساعدة للأفراد لكي يتغلبوا على ما قد يصادفهم من مشكلات واضطرابات سلوكية وقد يتلقى الافراد المساعدة من عدد من المعالجين النفسيين تتباين اساليبهم العلاجية. (أرنوف،2001).إن اصطلاح العلاج النفسي يضم مجموعة واسعة من الأساليب تهدف جميعها إلى مساعدة المريض النفسي في تعديل سلوكه حتى يتوافق مع بيئته بشكل معقول ، وان بعض المختصيين في العلاج النفسي يعتقدون ان تعديل السلوك يعتمد على فهم الفرد لدوافعه اللاشعورية وصراعاته بينما يعتقد البعض أن المرضى النفسيين يمكنهم ان يتعلموا كيف يسيطرون على مشاكلهم دون معرفة منهم بالاسباب التي أدت اليها. ورغم الاختلاف في الاساليب المستخدمة فإن جميع اساليب العلاج النفسي تشترك في عدد من المظاهر الرئيسية، إن هذه الأساليب تدور حول الاتصال بين شخصين (المعالج والمريض)، إن المريض يتم تشجيعه على التصريح بكل مخاوفه وعواطفه وخبراته دون خوف منه بأنه سيتعرض للتقييم أو اللوم من قبل المعالج، والمعالج في الطرف الثاني يحاول التعرف على مشاكل المريض دون أن يتورط بها حتى يظل تقييمه لها موضوعياً وفهمه لها واضحاً (عدس وتوق،1993).

تجدر الاشارة الي أن اساليب العلاج النفسي ليست اساليب جامدة بصورة تجعل القائمين بها غير مستعدين لتغيير فنياتهم إذا ما حدثت تطورات جديدة في هذا المجال ونتيجة لذلك فإن أساليب العلاج قد تصل إلى تفسيرات متباينة واستخدامات مختلفة كلما حاول المعالجون النفسيون مسايرة التغيرات التي تحدث في الاتجاهات العلاجية. (أرنوف، 2001).ونظراً لوجود عدد من أساليب العلاج النفسي ، فقد نتساءل: أي هذه الأساليب هو الافضل؟ أنه من الصعب اعطاء جواب قاطع لهذا التساءل. ان كل ما يهمنا معرفته في هذا المجال ان الاساليب المختلفة هدفها أن تساعد الفرد في حل مشاكله وتقبل نفسه والتبصر في اسباب صراعاته ومخاوفه والعمل على التخلص منها بشكل جيد، وان هذه الاساليب قد اثبتت نجاحها في حالات عديدة.وما دمنا نقر مبدأ الانتقاء من بين هذه الاساليب ونترك للمعالج حرية اخذ الاسلوب الذي يرى نجاحه في حالة ما يفوق نجاح الاساليب الأخرى فإنه لا يهمنا ان نحكم على اسلوب ما بالنجاح وعلى اسلوب آخر بالفشل لأن ما قد يفشل في علاج حالة ما قد ينجح في علاج حالات أخرى، والعكس بالعكس. (مليكة، 1992).

### 2-5-2 تعريف العلاج النفسي:

يذكر المؤلفون تعريفات كثيرة للعلاج النفسي نذكر منها على سبيل المثال مايلي:

1. هو نوع من العلاج قوامه معالجة الاضطرابات العقلية أو النفسية والعاطفية باعتماد الوسائل والاساليب السيكولوجية، ومن الوسائل المستخدمة في حقل العلاج النفسي (التحليل النفسي، والإيحاء، واخضاع العقل للتدريب ، وتقوية الإرادة، وتعزيز الروح المعنوية والاقناع ). (رزوق،1992، ص186).
2. هو علاج الاضطرابات النفسية بالطرق السيكولوجية وتتضمن كل وسائل العلاج النفسي تفاعلاً شخصياً بين المعالج والمريض، وهذا التفاعل هو العامل الاساسي في تعديل

عملية التعلم فمن خلال الحديث مع المعالج أو أثناء حالة التنويم تظهر خبرات المريض واستجاباته ودور المعالج ليس مجرد التفسير ولكنه دور دينامي يستجيب له المريض كما يستجيب لمشاكله، وفي هذا الدور يتمكن المعالج من إبعاد العادات المرضية للاستجابة الانفعالية وتلقينه عادات جديدة صحيحة (الحفني، 1994، ص688).

3. هو نوع من العلاج يطلق على علاج المرضى النفسيين باستخدام اساليب نفسية بحتة ( أي دون استخدام عقاقير أو صدمات كهربائية أو جراحة) سواء قام بهذا النوع من العلاج محللون نفسيون أم معالجون نفسيون ينتمون إلى مدارس علمية مختلفة. (طه، (د.ت)، ص303).

4. العلاج النفسي اصطلاح عام يقصد به استخدام الطرق النفسية بمختلف انواعها لمعونة من اضطربت شخصياتهم اضطراباً خفيفاً أو عنيفاً من علاج قضم الاظافر والتبول اللاارادي إلى علاج الوسواس وذهان الفصام. وللعلاج النفسي طرق شتى لكل ميدانها واسلوبها وميزاتها وما يناسبها من حالات (عبد الله، 1997، ص605).

5. العلاج النفسي (Psycotherapy) أو العلاج (Therapy) وهو اختصار للعلاج النفسي، يعرف على أنه استخدام طرق المعاملة النفسية بقصد مساعدة الأفراد المضطربين عقلياً، ويمكن النظر إلى المعالجات النفسية في اساسها على أنها محاولات لبناء الخبرات التي من شأنها تمكين المريض من مسايرة الحياة بطريقة أكثر بناء وارضاء. (دافيدوف، 1988، ص701).

6. العلاج النفسي هو الاساليب المتنوعة، اللفظية وغير اللفظية، التي تحدث أثراً علاجياً على الانفعالات ، والاحكام ، والوعي الذاتي في عديد من الأمراض العقلية ، والعصبية، والجسدية النفسية. ويميز الاطباء النفسيون عرفياً بين العلاج النفسي ذي التوجه الاكلينكي والذي يهدف اساساً إلى تحقيق أو إزالة الأعراض الموجودة وبين العلاج النفسي الموجه للشخصية الذي يهدف إلى مساعدة المريض على تغيير مواقفه تجاه بيئته الاجتماعية وشخصيته ( بتروفسكي وياروشفسكي، 1996،ص255).

7. العلاج النفسي هو علاج مشكلات الشخصية وسوء التوافق، والاضطرابات العقلية باستخدام الوسائل النفسية. ويعرف ولبرج (Wolberg) في كتابه اسلوب العلاج النفسي (The Techningue of Psychotherapy) العلاج النفسي بأنه شكل من العلاج لمشكلات ذات طبيعة انفعالية حيث يرسخ أو ينشيء شخص مدرب، على نحو قصدي علاقة مهنية مع المريض بهدف التخلص من اعراض موجودة وتعديلها أو تأخير ظهورها، ويتدخل في الانماط السلوكية المضطربة، ويحسن نمو الشخصية الايجابي وتطورها (جابر وكفافي، 1993، ص3104).

8. العلاج النفسي هو نوع من العلاج المتخصص ، تستخدم فيه طرق واساليب نفسية، لعلاج المشكلات أو الاضطرابات او الأمراض نفسية المنشأ، بهدف حل المشكلات وازالة الاعراض والشفاء من المرض، ونمو الشخصية، وتحقيق افضل مستوى ممكن من التوافق النفسي، والتمتع بالصحة النفسية . (سري، 2000،ص84).

9. العلاج النفسي هو نوع من العلاج تستخدم فيه اية طريقة نفسية لعلاج مشكلات او اضطرابات أو امراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض، وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج، وهو شخص مؤهل علمياً وعملياً وفنياً بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل اثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال امكاناته على خير وجه ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وأكثر قدره على التوافق النفسي في المستقبل (زهران، 1997، ص183).

## 2-5-3 أهداف العلاج النفسي:

الهدف الأسمى للعلاج – مهما تعددت واختلفت المدارس التي ينتمي اليها المعالجون النفسيون- هو (تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي) أي مساعدة الفرد على تحقيق السعادة مع نفسه ومع الأخرين، والتوافق مع نفسه ومع بيئته واستغلال قدراته حتى يستطيع مواجهة مطالب الحياة والواقع والحياة في سلامة وسلام. (زهران ،1997).

وعلى العموم فإن العلاج النفسي يسعى إلى تحقيق الأهداف التالية:-

1. تهيئة مناخ علاجي وعلاقة علاجية مناسبة.
2. ازالة العوامل والاسباب التي أدت إلى المرض.
3. علاج أعراض المرض.
4. حل المشكلات ومواجهتها وتحويلها من مشكلات مسيطرة إلى مشكلات مسيطر عليها.
5. تعديل السلوك غير السوى، وتعلم السلوك السوي الناضج.
6. تعزيز الدوافع التي تكمن وراء السلوك السوى الناضج.
7. التخلص من المشكلات السلوكية ، وزيادة البصيرة بالنسبة لها، وتعليم اساليب مواجهتها مستقبلاً.
8. التخلص من نواحي الضعف والعجز وتعزيز وتدعيم نواحي القوة، والتعرف على القدرات وتنميتها.
9. تحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة.
10. تغيير مفهوم الذات السالب والقضاء على عدم التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة، وتنمية مفهوم الذات الموجب وتحقيق التطابق بين مستويات مفهوم الذات.
11. تحقيق تقبل الذات وتقبل الاخرين، واقامة علاقات اجتماعية سليمة.
12. زيادة قوة الذات وتدعيم بناء الشخصية وتحقيق تكاملها.
13. تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.
14. تعلم اساليب اكثر فاعلية لمواجهة البيئة بمصادرها المتعددة، بصورة واقعية .
15. زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الاحباط والتوتر والقلق.
16. زيادة تقبل وتحمل المسئولية الشخصية بالنسبة لتقدم العلاج نحو تحقيق الأهداف.
17. العمل على إتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث النكسة. (زهران، 1997).

## 2-5-4 الإجراءات المشتركة في عملية العلاج النفسي بين طرق العلاج النفسي المختلفة:

توجد إجراءات مشتركة بين كافة طرق العلاج النفسي ، وهذه الاجراءات المشتركة تمثل الاجراءات الاساسية في عملية العلاج النفسي. وفيمايلي اجراءات العلاج النفسي المشتركة بين كافة طرقه:

المناخ العلاجي:

يبدأ العلاج النفسي بتهيئة المناخ العلاجي الصحي وذلك بإعداد المكان والزمان المناسبين لعملية العلاج، والاتفاق مع المريض على مواعيد الجلسات العلاجية، وتبصيره بدوره وتحمل مسئوليته فيها، واتاحة فهم سلوك المريض من واقع اطاره المرجعي وكما يفهمه هو، ويتضمن ذلك فهم اراء المريض وافكاره وانفعالاته ومشاعره ودوافعه وحاجاته واتجاهاته وردود فعله نحو مشكلاته وطرق حلها. (منصور،1998). إن الجو العلاجي المشبع بالأمن والفهم والتقبل والألفة يعتبر مثيراً لانفعالات سارة ومريحة ويشجع المريض ويبعث فيه الطمأنينة والأمل. (مليكة،1992).

العلاقة العلاجية:

في المناخ العلاجي المناسب تقوم العلاقة العلاجية. وأول شيء يحدث في جلسة العلاج هو أن يرحب المعالج بالمريض، ويتحدث المريض إلى المعالج عن مشكلته ومرضه ويستجيب المعالج للمريض في بشاشة وتسامح وصداقة وتقبل وتقدير وفهم واحترام ورغبة صادقة في مساعدته . وسرعان ما يستجيب المريض استجابات تلونها الثقة المتبادلة والشعور بالأمن والراحة والأمل والسعادة والتعاون (منصور،1998). ويتحدد في العلاقة العلاجية المسئوليات الملقاة على عاتق كل من المعالج والمريض ويؤكد المعالج للمريض ان سرية المعلومات أمر مفروغ منه. فأبسط قواعد العلاج النفسي السرية المطلقة وان كل ما يقال يلقي من المعالج كل عناية واهتمام (ستور،1991). وتستمر العلاقة العلاجية طوال فترة العلاج الذي يستغرق وقتاً. والوقت المطلوب لإحداث التغيير في السلوك لا يقاس بالساعات ولكنه يقاس بالخبرات التي مر بها المريض اثناء عملية العلاج. وطالما استمر الاتصال بين المريض والمعالج فإن العلاقة العلاجية تزداد ثراءاً وتصبح أكثر فاعلية وانتاجاً. (زهران،1997).

التداعي الحر( Free Association):

التداعي الحر أو (الترابط الطليق) هو اطلاق العنان لافكار المريض وخواطره واتجاهاته وصراعاته ورغباته واحساساته تتداعى وتسترسل مرة مترابطة تلقائياً دون تخطيط او تحفظ أو قيد أو شرط مهما بدأت تافهة أو محرجة أو مؤلمة أو معيبة. ويهدف التداعي الحر إلى الكشف عن المواد الكبوتة في اللاشعور واستدارجها إلى حيز الشعور. (سري،2000).

التنفيس الانفعالي( Emotional Catharsis):

يعتبر التنفيس الانفعالي بمثابة تطهير للشحنات النفسية الانفعالية وهو تخفيف الحمولة النفسية التي يعاني من عبئها المريض. وهنا تتاح الفرصة للمريض ليفرغ ما بنفسه من انفعالات ويتخلص من التوتر الانفعالي وقد يصل الحال إلى ان ينفعل المريض فيبكي، ويحدث هذا عندما يتحدث المريض عن صراعاته واحباطاته وحاجاته ومشكلاته ومخاوفه ونواحي قلقه وانماط سلوكه المنحرف في مناخ علاجي يسوده حسن الاصغاء وتشجيع التعبير عن النفس وفي مناخ أمن خالي من الاحكام الاخلاقية واللوم والعقاب . (منصور،1998).وهناك وسائل كثيرة يستخدمها المعالج لمساعدة المريض في اجراء التنفيس الانفعالي منها التداعي الحر (سري، 2000).

التفسير**(Interpretation)**:

هو اعطاء معنى للمعلومات التي جمعت وايضاح ما ليس واضحاً وافهام ما ليس مفهوماً، حيث يحدث اثناء جلسات العلاج النفسي ان تظهر خبرات تحتاج الى تفسير ويتضمن ذلك تفسير الاعراض وتوضيح الصلة بين الاحداث والاعراض وتوضيح التناقض بين ما يقول انه يشعر به وبين ما يشعر به بالفعل. (مليكه، 1992).

التعلم واعادة التعلم( **Learning and Relearning**):

يتيح العلاج النفسي للمريض خبرة جديدة سليمة تتيح تعلم السلوك السوى واساليب التوافق النفسي السليم. حيث يكتسب المريض سلوكه المرضي عن طريق تعرضه لخبرات نفسية شخصية واجتماعية غير سليمة، وقد يكون علاجه عن طريق اعادة تعرضه لخبرات من نوع آخر اثناء الموقف العلاجي (منصور، 1998).

تعديل وتغيير السلوك **(Bhaviour Modification and change):**

يعتبر هذا الإجراء من أهم أهداف عملية العلاج النفسي . ويهدف إلى تعديل وتغيير الاضطرابات السلوكية المتعلمة من السيء والغريب والشاذ واللامتوافق إلى الحسن والمألوف والعادي والمتوافق. (مليكه، 1992).ويسير إجراء تعديل وتغيير السلوك على النحو التالي:

1. تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: ويتم ذلك باكبر قدر من الدقة والموضوعية.
2. تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب: ويتضمن ذلك تحديد كل ما يرتبط به وما يسبقه من احداث وما يتلوه من عواقب.
3. تحديد العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب: ويتضمن ذلك الاسباب والخبرات والارتباطات ....الخ.
4. اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها: ويتم ذلك بالتعاون بين كل من المعالج والمريض.
5. اعداد جدول لاعادة التعلم والتدريب:ويشمل ذلك اعداد خبرات ومواقف متدرجة يتم فيها اعادة التعلم والتدريب من خلال ممارسة السلوك الجديد في اطار الخبرة المعدلة.
6. تعديل الظروف السابقة للسوك المضطرب: ويقصد بذلك تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي تحدث فيها. (سري، 2000).

تغير الشخصية:

عندما تنمو بصيرة المريض ويتعلم اساليب سلوكية جديدة فإنه يكون في وضع يمكن فيه من احداث تغيير في سلوكه واحداث توافق أكثر ملاءمة ، ولهذا نجد أن التغير الذي يحدث في الشخصية اساسه نمو البصيرة وعملية التعلم واعادة التعلم، وعلى هذا الاساس يكون المريض لنفسه فلسفة عامة في الحياة لتحقيق اهداف جديدة أكثر واقعية، ويشعر بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والتفكير السليم والقدرة على حل مشكلاته مستقلاً مستقبلاً وهنا يبدأ استقلاله عن المعالج ويتم الشفاء. (مليكه، 1992).

انهاء العلاج:

وحيث أن طبيعة عملية العلاج النفسي تجمع بين المعالج والمريض في تفاعل وعلاقة علاجية لتحقيق هدف محدد، فإن هذه العلاقة مهما كانت شاملة فانها مهنية، ومهما طالت فإنها موقتة يمضي بعدها كل في طريق. وقد يحدث هذا بعد جلسة علاجية واحدة أو بعد عشر جلسات أو حتى بعد مائة جلسة، أي انه سيأتي الوقت الذي يجب فيه انهاء العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج بعد تحقيق الاهداف الرئيسية وأهمها نجاح العلاج. (ستور،1991).

### 2-5-5 طرق العلاج النفسي:

تتعدد طرق العلاج النفسي . وتقوم كل منها على أحدى نظريات الشخصية أو السلوك أو العلاج. ولكن كل طرق العلاج النفسي مهما اختلفت فانها تسعى جميعاً إلى (تحقيق الأهداف العامة للعلاج النفسي). وتشترك كلها في الاجراءات العامة لعملية العلاج النفسي (زهران،1997).وفيما يلي عرض لطرق العلاج النفسي المتعددة:

التحليل النفسي Psychoanalysis

| | |
|---|---|
| العلاج السلوكي | Behaviour Therapy |
| العلاج الممركز حول العميل | Client- centred Therapy |
| الارشـــاد العلاجـي | Clinical Counselling |
| العلاج النفسي الجماعي | Group Psychotherapy |
| العلاج الاجتماعــي | Sociotherapy |
| العلاج بالعمـــل | Occupational Therapy |
| العلاج باللعـــب | Play Therapy |
| العلاج النفسي المختصر | Brief Psychotherapy |
| العلاج الطبي النفســي | Psychiatry |
| العلاج النفسي التدعيمي | Supportive Psychotherapy |
| العلاج بالقــراءة | Bibliotherapy |
| العلاج العقلاني الانفعالي | Rational Emotive Therapy |
| العلاج بالواقـع | Reality Therapy |
| العلاج بالفـن | Art Psychotherapy |
| العلاج بالموسيقى | Music Therapy |
| العلاج المعرفي | Cognitive Therapy |
| العلاج الدينـي | Religious Therapy |
| العلاج الجشتالتي | Gestalt Therapy |
| العلاج بتحقيق الذات | Actualizing Therapy |

(سري، 2000)

## 6-5-2 أبعاد العلاج النفسي:

تتعد أبعاد العلاج النفسي وكل بعد له طرفين وفيمايلي أهم ابعاد العلاج النفسي:

العلاج الفردي والعلاج الجماعي:

(**العلاج الفردي**) هو علاج حالة فردية وتلعب العلاقة المباشرة بين المعالج والمريض دوراً رئيسياً في عملية العلاج. أما (**العلاج الجماعي**) فهو علاج مجموعة من الحالات المتشابهة في المرض أو الاضطراب. (مليكه، 1992).

علاج الاسباب وعلاج الاعراض:

**(علاج الاسباب)** يركز على اسباب المرض أو الاضطراب وعلاجها مما يؤدي إلى اختفاء الاعراض. أما **(علاج الاعراض)** فيركز على اعراض المرض أو الاضطراب دون اهتمام بالاسباب. (مليكة،1992).

العلاج العميق والعلاج السطحي:

**(العلاج العميق أو التحليلي)** يهدف إلى اكتشاف المواد المكبوتة لدى المريض واظهارها حيث تتركز الصراعات حولها. أما (**العلاج السطحي**) فيهدف إلى اعادة الثقة وطمأنة المريض ومساندته دون الدخول إلى اعماقه وصراعاته. (منصور، 1998).

العلاج الموجه والعلاج غير الموجه:

**(العلاج الموجه)** يقوم فيه المعالج بدور فعال ونشط في كشف صراعات المريض وتوجيهه نحو السلوك الموجب ليؤثر في تغيير الشخصية. ويتحمل في ذلك مسئولية أكبر من تلك التي يتحملها المريض. أما **(العلاج غير الموجه)** فيكون فيه المعالج أقل ايجابية ويقتصر دوره على تهيئة المناخ العلاجي الذي تسوده المودة والتسامح حتى يشعر المريض بالأمن والتقبل فيخرج كل ما لديه من أفكار ومشاعر واسراره الخاصة دون خوف أو خجل وبذلك تتحسن رؤية المريض وتتضح صورة شخصيته ويزداد استبصاره . ومن أهم طرق العلاج غير الموجه: التوجيه والارشاد النفسي، والعلاج الممركز حول العميل(محمد،1999).

علاج الفرد وعلاج البيئة:

(**علاج الفرد**) يهتم فيه المعالج بالمريض كفرد ويساعده لحل مشكلاته وتحقيق مستوى أفضل من التوافق النفسي، ولا يهتم كثيراً بربط العلاج بمواقف حياة المريض واوجه نشاطه الأخرى في بيئته الخارجية. أما (**علاج البيئة**) أو علاج المحيط البيئي فيتضمن احداث تغييرات في البيئة المباشرة للمريض ومواقف حياته واوجه نشاطه. ويدخل في تخطيط علاجه ادوار كل من المعالجين والمخالطين له. (داود وآخرون،1991).

العلاج المرن والعلاج الملتزم:

**(العلاج المرن)** يقصد به الاختيار بين طرق العلاج النفسي المختلفة بمرونة وانتقاء الطريقة المناسبة للحالة واستخدامها. والمرونة والاختيار وعدم الالتزام بطريقة محددة في العلاج النفسي يتيح للمعالج إمكانية علاج معظم أشكال الاضطراب النفسي.**(والعلاج الملتزم)** أو غير المرن يقصد به الالتزام الجامد بطريقة محددة من طرق العلاج النفسي وعدم الحياد عنها (مثل التحليل النفسي) وصحيح ان التزام طريقة واحدة مفيد وله بعض المزايا، إلا أن من يلتزمون بمثل هذا الجمود وعدم المرونة يضطرون لانتقاء المرضى الذين تصلح طريقتهم في علاجها. (منصور، 1998).

علاج التدعيم وعلاج اعادة البناء:

**(علاج التدعيم)** يهدف إلى تدعيم الشخصية بتخفيف وتسكين الأعراض وحل المشكلات عن طريق تغيير ظروف المريض ودون احداث تغيير اساسي في بناء الشخصية وفيه يقوم المعالج بدور المساند والمطمئن والناصح والمقنع والموجه والمشجع والمعلم. ومن طرقه العلاج الديني.**(وعلاج اعادة البناء)** يهدف إلى تغيير الشخصية واعادة بنائها وتغيير عادات المريض السلوكية وطريقة تفكيره واتجاهاته الاساسية واسلوب حياته ومفهومه عن ذاته وعن الأخرين وفيه يقوم المعالج بالتحليل والتركيب حتى يصل في النهاية إلى التفكير المنشود في شخصية المريض. ومن طرقه التحليل النفسي. (ايزينبيرج وديلاني، 1995).

العلاج المطول والعلاج المقتصر:

**(العلاج المطول)** علاج شامل يهدف إلى إعادة تنظيم بناء شخصية المريض وهذا يستغرق وقتاً طويلاً، فقد يستغرق بضع جلسات اسبوعياً على مدى بضعة اشهر أو على مدى بضع سنوات. ومهما كانت مميزات العلاج المطول فإن الذين يستفيدون منه قلة قليلة من المرضى الذين يتوفر لديهم الوقت ويتيسر لهم المال ويعتبر التحليل النفسي أشهر طرق العلاج المطول.

**(والعلاج المقتصر)** علاج مكثف قصير الأمد بسيط يركز على الأهم والضروري والمحدد ويهدف إلى حصول المريض على أكبر فائدة علاجية في أقل وقت ممكن. ولذلك يقتصر على حل المشكلات التي يساعد حلها في التوافق الشخصي المباشر وعن طريقه يتيسر العلاج لأكبر عدد من المرضى. وهو مفيد بصفة خاصة في العيادات النفسية ومستشفيات الأمراض النفسية حيث يزداد عدد المرضى ويقل عدد الاخصائيين. (سري،2000).

العلاج السلوكي والعلاج المعرفي:

**(العلاج السلوكي)** يتضمن تعديل وتغيير السلوك المرضي نفسه كما يبدو في الاعراض السلوكية للمرض النفسي ، ويعتبر العلاج السلوكي تطبيقاً عملياً لقوانين ومباديء التعلم في مجال العلاج النفسي.**(والعلاج المعرفي)** يتضمن تعديل وتغيير الجوانب العقلية المعرفية التي تتركز حول الخبرات الصادمة وذلك بالنظر إليها من زاوية مختلفة مثلاً كخبرة ماضية يمكن أن يتعرض لها اي فرد ويمكن أن يتغلب عليها، والنظر إلى الخبرات المؤلمة كخبرات معلمة، والتركيز على المفاهيم غير الدقيقة التي اكتسبها الفرد عن نفسه وعن العالم الذي يعيش فيه، والتخفيف من الشحنات الانفعالية القوية المرتبطة بها. وتعديل مفهوم الذات السالب على المستوى العقلي المعرفي، أي أن الاستبصار هام جداً في العلاج ومن أمثلته العلاج العقلاني- الانفعالي. (زهران، 1997).

## 7-5-2 العلاج السلوكي (Behaviour Therapy):

يعتبر العلاج السلوكي أسلوب علاجي يعتمد على استخدام قوانين ونظريات التعلم، حيث تتم محاولة حل مشكلات واضطرابات السلوك عن طريق تعديل السلوك المرضي للمريض (ابراهيم، 1993).وبذلك فإن العلاج السلوكي ينتمي إلى النظرية السلوكية في الشخصية والتي تقول أن الفرد في نموه يكتسب السلوك (السوى أو المرضي) عن طريق عملية التعلم (ابراهيم، 1993).والمرض النفسي من وجه نظر المدرسة السلوكية ما هو إلا تجميعات لعادات وسلوك خاطيء مكتسب من البيئة المريضة التي يعيش فيها المريض، وحيث أن هذا السلوك المرضي قد اكتسبه المريض وليس اصلاً فيه فإنه من الميسور محو هذا السلوك الخاطيء وتعلم السلوك السوي من جديد (الزيود،1998).ويتلخص الإطار النظري للعلاج السلوكي فيمايلي:-

1. معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب ، والسلوك المضطرب (سواء كان عصاباً أو ذهاناً) متعلم ومكتسب.
2. السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المباديء عن السلوك العادي المتعلم، إلا أن السلوك المضطرب غير ملائم أو غير متوافق.
3. يكتسب السلوك المضطرب نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه، ومن ثم يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب .
4. تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة قليلة أو كثيرة من السلوك الكلي للفرد، وهذا يعتمد على دوام وشدة الخبرات التي تؤدي اليه.
5. ينظر الى زملة الأعراض النفسية كتجميع لعادات خاطئة متعلمة .
6. يمكن تعديل السلوك المتعلم.

7. يوجد لدى الفرد دوافع فسيولوجية أولية هي الأصل والأساس في سلوكه، وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة ثانوية اجتماعية في جملتها تمثل أهم حاجاته النفسية، وقد يكون تعلم هذه الدوافع غير سوي ورتبط بأساليب غير توافقية في اشباعها، ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقاً، ويتم ذلك عن طريق العلاج السلوكي. (الخطيب 1990).

خطوات العلاج السلوكي:-

تسير خطوات العلاج السلوكي على النحو التالي:-

1. تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره:

ويتم ذلك في المقابلة العلاجية وباستخدام الاختبارات النفسية والتقارير الذاتية وذلك للوصول إلى تحديد دقيق للسلوك المضطرب الظاهر الذي يلاحظ موضوعياً.

2. تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب:

ويتم ذلك عن طريق الفحص والبحث والتشخيص في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل مايرتبط به ومايسبقه من احداث ومايتلوه من عواقب.

3. تحديد العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب:

ويتم ذلك بتقدير ما إذا كان سلوك المريض يظهر أنه نتيجة لخوف شرطي بسيط، أو كان يعكس خوفاً اساسياً معمماً يحدث مواقف مشابهة ولكنها مختلفة. وهذا التحليل يركز على البحث عن الظروف الخارجية السابقة واللاحقة التي تحدد وتوجه السلوك المضطرب.

4. اختيار الظروف التي يمكن أن تعدل أو تغير:

ويتم ذلك باختيار الظروف التي يمكن تعديلها خلال عملية العلاج.

5. إعداد جدول لإعادة التدريب:

ويتم ذلك عن طريق تخطيط خبرات مدرجة يتم فيها اعادة التدريب ويتم خلالها تعريض سلوك المريض بنظام وتدرج للظروف المعدلة، بحيث يتم انجاز البسيط والقريب قبل المعقد والبعيد، والسهل والممكن قبل الصعب والمستحيل.

6. تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب:

ويتضمن ذلك تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي تحدث فيها.

7. تعديل الظروف البيئية:

وتوجه الجهود نحو تقليل احتمال حدوث السلوك لانه غير مرغوب أو غير متوافق أو شاذ. ويكون التركيز على تعديل العلاقات المتبادلة بين الاستجابات ونتائجها التي تؤدي إليها بهدف زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب في الظروف التي لا يتكرر فيها أو يكون فيها غائباً.

8. إنهاء العلاج: وذلك عندما يصل سلوك المريض إلى السلوك المعدل المرغوب. (خليل،2004).

أساليب العلاج السلوكي:

تتعدد أساليب العلاج السلوكي ومن أهمها مايلي:-

1. **التحصين التدريجي المنظم**(Systematic Desensitization) :

يعتبر التحصين التدريجي أسلوباً من أساليب العلاج السلوكي الرئيسية ، ويتم في الحالات التي يكون فيها سلوكاً مثل (القلق) قد اكتسب مرتبطاً بشيء معين أو حادثة معينة، تستخدم طريقة التعويد التدريجي المنتظم (سري،2000).ويستخدم في علاج حالات القلق، والخواف، والضعف الجنسي، وخواف الجنس (عمر،1992).

2. **النموذج العملي** ( Modeling ):

ويتم فيه عرض نموذج عملي حي (من جانب المعالج) والمشاركة بالتدريج من جانب المريض حتى يزول الخوف بالتدريج. ويستخدم في علاج الخواف(وخاصة خواف الثعابين). (فطيم،1994).

3. **الغمر** ( Flooding ):

هذا الاسلوب هو عكس اسلوب التحصين التدريجي ، وفيه يتم تقديم المثير (مثير الخوف مثلاً) أو يتم وضع المريض أمام الامر الواقع في الخبرة دفعة واحدة على الطبيعة ويستخدم هذا الاسلوب في علاج المخاوف المرضية بصفة خاصة مثل خواف الاماكن المتسعة والضيقة .... الخ. (سويف، 2001).

4. **الاشراط التجنبي** ( Avoidance Conditioning ):

يهدف المعالج في هذا الاسلوب إلى تعديل سلوك المريض من الاقدام إلى الاحجام والتجنب. ويستخدم الاشراط التجنبي في علاج الانحرافات الجنسية والكحولية بصفة خاصة. (الزيود، 1998).

5. **التعزيز الموجب - الثواب** ( Positive Reinforcement ):

وهو اثابة الفرد على السلوك السوي مما يعززه ويدعمه ويدفعه الى تكرار نفس السلوك اذا تكرر الموقف. ويستخدم في علاج حالات مثل ( فقد الشهية العصبي، فقدان الصوت الهستيري، والخجل، والانطواء، والسلوك المضاد للمجتمع). (سلامة، 1991).

6. **التعزيز السالب** (Negative Reinforcement ) :

يعمل المعالج في هذا الاسلوب على زيادة ظهور الاستجابة المرغوبة بتعريض المريض لمثير غير سار مقدماً ثم ازالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة. ويستخدم في علاج حالات مثل ( مص الاصابع، وقضم الاظافر). (سلامة ،1991).

7. **العقاب - الخبرة المنفرة** ( Punishment ):

يعّرض المريض في هذا الاسلوب لخبرة منفرة (عقاب علاجي) إذا قام بالسلوك غير المرغوب وذلك لكفه ووقفه كلية. ويستخدم في علاج اضطرابات الكلام، والتدخين (الصمادي،1993).

8. **الثواب والعقاب**( Reward and Punishment ):

يستخدم اسلوب الثواب والعقاب معاً، وذلك بأن يثيب المعالج كل استجابة سليمة ومرغوبة ، وأن يعاقب كل استجابة غير سليمة وغير مرغوبة ويستخدم في علاج حالات مثل اللازمات الحركية كتحريك الرقبة وهز الكتفين أو الأرجل والنحنحة. (الصمادي، 1993).

9. **تدريب الإغفال – الإنطفاء(** Omission Training):

وهو اغفال وتجاهل السلوك المرضي وعدم التعليق عليه، وعدم تعرض المريض لأي نتائج على الاطلاق حتى ينطفيء ويختفي. ويستخدم في علاج الاضطرابات النفسية الجسيمة وحالات الصرع الهستيري (سويف، 2001).

10. **الإطفاء والتعزيز(** Extinction and Reinfrcement ):

يستخدم هذا الاسلوب المزدوج في علاج المشكلات السلوكية في الفصل مثلاً، حيث يغفل المعلم السلوك المشكل غير المرغوب إلى أن يظهر السلوك السوي المرغوب، فيعززه ويشجعه، وهكذا. ينطفيء السلوك المشكل ويعزز السلوك السوي. (سويف،2001).

11. **الكف المتبادل**( Reciprocal Inhibition ):

توجد بعض انماط من الاستجابات تكون متنافرة وغير متجانسة مع بعضها البعض مثل: الخوف والجنس ، والاسترخاء والضيق. ويهدف اسلوب الكف المتبادل إلى كف كل من نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلها واحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير التوافقية. ومن اشيع استخداماته (حالات التبول اللاإرادي). (فطيم، 1994).

12. **الممارسة السالبة** ( Egative Practice ):

وهي تكرار السلوك غير المرغوب وممارسته حتى يصل إلى درجة التشبع وعندها لا يستطيع الفرد ممارسته. ويستخدم هذا الاسلوب في علاج حالات مثل (اللازمات الحركية، وقضم الاظافر، ومص الاصابع، وجرش الاسنان). (جمل الليل،1998).

13. **ضبط النفس**( Self Control ):

يعتبر أسلوب ضبط النفس استجابة نشطة من جانب المريض تتضمن التحكم في الموقف المشكل والتمكن من ضبط المثير . ويستخدم هذا الاسلوب في علاج الكحولية لمن يريد الإقلاع عن تناول الخمر، وفي علاج السمنة لمن يريد انقاص وزنه بضبط سلوك التغذية. (الصمادي،1993).

### 8-5-2 العلاج المعرفي (Cognitive Therapy):

تنبه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم إلى أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء وليس الأشياء نفسها هي التي تسم سلوكنا وتصفه بالاضطراب أو السواء. وفي هذا الصدد يقول (أبيقورس): لايضطرب الناس من الأشياء، ولكن من الآراء التي يحملونها عنها (إسماعيل، 2004).أما العلاج النفسي- المعرفي- المعاصر فيسلم أيضاً بأن كثير من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به. وفي هذا الصدد يتفق الباحثين والمعالجين النفسيين على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لايمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم

واتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين، وبالتالي فإن العلاج النفسي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية المريض، أو في الأعراض التي دفعته لطلب العلاج (اسماعيل 2004) .وبالرغم من تعدد مناهج (العلاج المعرفي)، إلا أن الفكرة الرئيسية التي تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير (التعديل المعرفي) التي تقوم على التكامل والتوفيق بين وجهات النظر المختلفة- ترى أنه لايمكن الفصل بالنسبة للسلوك الانساني بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك أو العقل. إن جميع هذه الجوانب تتفاعل فيما بينها ويكمل بعضها البعض. (سفيان 2003). بعبارة أخرى فإننا لا نستطيع القول بأن الإنسان منفعل فحسب لأن الإنسان وهو في قمة الانفعال يفكر بطريقة معينة، كما أنه يترجم انفعالاته إلى نشاطات خارجية. وبالمثل فالقيام بعملية تفكير في حل مشكلة معينة – مثلاً- تصحبه جوانب انفعالية متعلقة بالموضوع الذي يفكر فيه، فضلاً عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية التفكير والانفعال بالموضوع. وعندما يسلك انسان معين نتيجة لمنبه خارجي، فإن التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له. فالتفكير إذن يكون بمثابة همزة الوصل بين الاستجابة (انفعالية- أو حركية) والموقف الذي يسودها. (اسماعيل، 2004).والاضطراب الانفعالي بهذا المعنى ليست حالة وجدانية منعزلة، بل إنه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الداخلي (فكري) والخارجي (حركي) الذي وإن بدت مظاهره متنوعة، فإنها في الحقيقة مترابطة ومتلاحمة. (اسماعيل 2004).

الأساس المعرفي للسلوك:

إذا افترضنا – فيما يرى ألبرت أليس (Eliis) إن حادثة معينة ونرمز لها ب : (أ) – (وفاة قريب، طلاق، فشل في الامتحان، الفصل من العمل)، قد أثارت استجابة انفعالية نرمز لها بالحرف (ت) – (حزن، قلق، سرور... الخ)، فإن حدوث الحادثة (أ) ولو أنه يعتبر مثيراً للحالة الانفعالية الناتجة (ت)، لا يتعبر في الحقيقة هو السبب الرئيسي لهذه الاستجابة، ذلك لأن الاستجابة الانفعالية قد تختلف نتيجة لطريقة إداراكي وتفكيري في هذه الحادثة وأساليب اعتقاداتي عنها، أي ما يمكن أن نرمز له بالحرف (ب) إنها إذن ليست (أ) – (الحادثة) هي التي أدت إلى (ت) – (الاستجابة الانفعالية)، بل هي (ب)- (طريقة إدراكي وتفكيري في الحادثة) هي التي تعتبر مسئولة عن ابراز هذه الاستجابة. (شحاتة 2004).لهذا فإن شعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضي إثر الفشل الشديد لتحقيق هدف معين، أو خسارة شخص عزيز (أ)، لم ينشأ إلا نتيجة لما أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الخسارة (ب)، تصوري مثلاً بأن الفشل شئ فظيع وغير محتمل ويثبت بأنني إنسان ضئيل الأهمية أو غبي أو وحيد... الخ (شحاتة 2004). لكن استجابتنا الانفعالية لا تكون مريضة أو مضطربة على الدوام، فإزاء الفشل أو الخسارة في المثال السابق قد تكون الاستجابة الانفعالية ذات طابع إيجابي، بحيث أن الشخص قد ياخذ من هذا الفشل أو هذه الخسارة عبرة ويحاول أن يطرح من شخصيته أشياء أدت به إلى هذا الفشل (شحاتة،2004) .

إذن فوراء كل انفعال (إيجابي أو سلبي) بناء معرفي ومعتقدات سابقة لظهوره، ولما كان السلوك أو الانفعال يتفاوتان من حيث السواء والمرض (بعض السلوك جيد وبعضه سئ، وبعض الانفعالات إيجابية وبعضها سلبية)، فإن التفكير المصاحب أو السابق لهما يتفاوتان أيضاً من حيث المعقولية واللا معقولية (الغرماوي، 2004).بعبارة أخرى إذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فإن السلوك سيكون جيداً، والانفعال أيضاً سيكون إيجابياً ودافعاً لمزيد من النشاط والبناء، والعكس صحيح: إذا كانت طريقة التفكير لا منطقية فإن السلوك والانفعال كليهما سيكونان على درجة مرتفعة من الاضطراب. (سفيان،2003).

أساليب تعديل طرق التفكير اللاعقلانية:

من المسلمات في نظريات العلاج المعرفي أن جزءاً كبيراً من اضطراب سلوكنا يتم بفعل تفكيرنا الخاطئ لكننا أيضاً نفكر بطريقة خاطئة لأننا لا نعرف الطريقة الصحيحة من التفكير. (سفيان، 2003) .فجزءاً كبيراً إذن من وجهات نظرنا ومعتقداتنا الخاطئة ونقص التفكير السليم ينتج عن أننا لم نتعلم – أو لم يعلمنا أحد كيف يكون التفكير السليم. (سفيان، 2003) .لهذا نجد أن أساليب علاج المسالك الذهنية هنا ينحو نحواً عقلياً وتربوياً. ويؤكد (ألبرت أليس) كما أكد من قبله (أدلر) أن العلاج يجب أن يتضمن عملية إعادة تربية، وضرورة التحاور مع المريض بكل الضروب المنطقية من الحوار لكي نبين له الجانب الخاطئ في تفكيره مع دفعه مباشرة إلى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقها. (شحاتة، 2004).والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع يساعد على كشف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدي. ولهذا فإننا باستمرارنا في تبنيها لا نكرر اضطراباتنا وأخطاءنا بحذافيرها فحسب بل إننا سنعمل على زيادتها وقوة تأثيرها (اسماعيل، 2004).

أساليب إعادة البناء المعرفي:

**أولاً: العلاج العقلاني الانفعالي** (Rational- Emotional Therapy):

يهدف العلاج العقلاني لإليس (Ellis) إلى الإقلال من المعاناة النفسية والاضطرابات النفسية والقدرة على حل المشكلات الحياتية وبالتالي إلى التبصر وذلك عبر ثلاث مراحل هي:

1. فهم العميل لذاته وبما تحتويه من أسباب سابقة من معتقدات حاطئة وليس في الأحداث الحياتية الفعالة.

2. يجب أن يتبصر العميل بأنه جعل نفسه مضطرباً في الماضي وما زال يمارس نفس سلوكياته في الحاضر من خلال نفس معتقداته الخاطئة.

3. الوصول إلى اعتراف العميل إلى أن توجهه للتفكير الخاطئ الذي أدى إلى اضطرابه الانفعالي واستمراره في فرض تلك المعتقدات الخاطئة يؤدي إلى مزيد من الاضطراب ولذلك يجب عليه أن يصحح تلك المعتقدات الخاطئة وكل هذا يعني إعادة بناء الفرد لفلسفته الحياتية بصورة شاملة أو ماهو أقل من ذلك بتعديل بناءات معرفية معينة. (خليل، 2004).

**ثانياً : التدريب على تعليم الذات** (Self-Instructional Training) :

الشكل الثاني لإعادة البناء المعرفي هو التدريب على تعليم الذات ويهدف (منهج التدريب على تعليم الذات) إلى تعليم العملاء على اعاقة سلوكياتهم غير التكيفية وإنتاج سلوكيات متناسبة مع الموقف. ويهدف المعالج النفسي الممارس لمنهج (التدريب على تعليم الذات) إلى تعليم العميل كيف يراقب ذاته - يستجوب ذاته- ويقيم سلوكياته، أي يتعلم العميل أن يفكر قبل أن يفعل (مليكه، 1990).

**ثالثاً : العلاج المعرفي لبيك** (Beck's cognitive Therapy):

الشكل الثالث لإعادة البناء المعرفي هو العلاج المعرفي لبيك ويستند العلاج المعرفي عند بيك على الفكرة القائلة: ان ما يفكر فيه الناس وما يقولونه لانفسهم، وكذلك اتجاهاتهم وآرائهم ومثلهم، انما هي امور مهمة وذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح والمرضي. (الشناوي، 1996).ويسعى علاج بيك المعرفي الى تحديد ثم تعديل المعارف غير التكيفية ، ويتم التركيز على التشوهات الادراكية واتجاهات العميل غير الواقعية ومحتوى التفكير غير المنطقي للعميل وتوضيحها للعميل لكي يتم رؤيتها بطريقة موضوعية، كما يوضح للعميل المواقف التي قد يظهر بها تلك المعارف الخاصة ويتم اعداده لكيفية مواجهتها في ضوء القواعد المنطقية كما يوجه العلاج نحو تعديل المعتقدات الخاطئة الخاصة بالعميل عن ذاته وعالمه المحيط به والتي تشكل مشاعر لوم الذات والتقدير السلبي لها. (خليل، 2004).

## المبحث السادس
## 2-6 الدراسات السابقة

### 2-6-1 تمهيد:

يشتمل هذا المبحث على الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة حيث يعرض ملخص (Abstract) الدراسات وفقاً للآتي:-

1. الهدف (Objective)
2. طريقة الدراسة والمشاركون (Participants and Study Design)
3. النتائج (Results)
4. الخلاصة (Conclusions)

وفيما يلي عرض ملخص لتلك الدراسات:-

### 2-6-2 الدراسات السودانية

1. دراسة محمد ايمن محمد خير عرقسوسي، 1992,اثر الاسترخاء والرقية الدينية في علاج ارتفاع ضغط الدم الأساسي

الهدف: معرفة اثر الاسترخاء والرقية الدينية الإسلامية في علاج ارتفاع ضغط الدم الأساسي

الطريقة والمشاركون: صنف عشوائياً (75) مريضاً يعاني من ارتفاع ضغط الدم الأساسي (20 ذكور– 55 إناث) في مجموعتين: (أ) مجموعة الاسترخاء العضلي فقط حيث اشتملت على (5 إناث– 1 ذكر). وقد خضعوا إلى (35) جلسة علاج ومتابعة (ب) مجموعة الاسترخاء العضلي والرقية الدينية حيث اشتملت على (19 ذكور، 50 إناث) .وقد أجريت الدراسة بمستشفى الخرطوم التعليمي واستخدمت أدوات القياس التالية: جهاز لقياس ضغط الدم قبل وبعد الجلسة. جهاز التدليك الكهربائي للاسترخاء. جهاز تسجيل نوع (Sony) مع سماعة أذنين خاصة بالجهاز, شريط تسجيل (كاسيت) مسجل عليه الآيات القرآنية والأدعية المأثورة بصوت شيخ قارئ متخصص في علم القراءات.

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة التحسن في مجموعة الاسترخاء العضلي فقط بلغت (60%). أما بنسبة التحسن في مجموعة الاسترخاء العضلي والرقية الدينية فقد ارتفعت إلى (%87.11).

الخلاصة: خلصت هذه الدراسة الي أن من شأن الاسترخاء العضلي والرقية الدينية المساهمة في علاج ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

2. دراسة محمد عبد المجيد حسين، 1994م العلاج النفسي والديني لمرضى الربو الشعبي

الهدف: معرفة اثر برنامج علاجي نفسي يشتمل على (الاسترخاء العضلي – والعلاج الديني بالرقية) على مرضى الربو الشعبي .

الطريقة والمشاركون: صنف عشوائياً (60) مريضاً بالربو لشعبي في ثلاث مجموعات: (أ) مجموعة الاسترخاء العضلي فقط حيث شملت على ً (7 ذكور – 2 إناث). وقد خضعوا إلى (182) جلسة. (ب) مجموعة الاسترخاء العضلي والرقية الدينية حيث شملت على (11 ذكور – 9 إناث). وقد خضعوا إلى (196) جلسة (ج) المجموعة الضابطة التي تتلقى العلاج الطبي فقط حيث شملت على (20) مريضاً.وقد أجريت الدراسة بمستشفى الشعب التعليمي – الخرطوم. واستخدمت أدوات القياس التالية: جهاز قياس الزفير قبل وبعد الجلسة. جهاز التدليك الكهربائ

للاسترخاء. جهاز تسجيل صوتي مع سماعة إذن. شريط تسجيل (كاسيت) مسجل عليه الرقية الدينية المختارة بصوت شيخ قارئ متخصص في علم القراءات.

النتائج: أسفرت نتائج الدراسة عن وجود تحسن في المجموعتين العلاجيتين (أ و ب) بالمقارنة مع المجموعة (ج) الضابطة التي لم يطرأ عليها تحسن مماثل. وقد بلغت نسبة التحسن في المجموعة (ب) (95%). أما المجموعة (أ) فقد بلغت النسبة (85%).

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن هذه الأساليب العلاجية (الاسترخاء العضلي – والعلاج الديني بالرقية الدينية المأخوذة من القرآن الكريم والسنة النبوية) قد أثبتت كفاءتها في علاج مرض الربو الشعبي.

3. دراسة عبد الرحمن عثمان عبد المجيد، 1997م,برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية

الهدف: تصميم برنامج يقوم على استخدام بعض المضامين الإسلامية وبعض أساليب العلاج المعرفي – السلوكي باسم برنامج (العلاج المعرفي – السلوكي المعدل بمضامين إسلامية) .

الطريقة والمشاركون: صنف عشوائياً (50) مريضاً من المرضى المترددين على مراكز العلاج النفسي بولاية الخرطوم وبعض العيادات الخاصة والذين يعانون من مرض الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية، في ثلاث مجموعات: أ- مجموعة العلاج بالبرنامج (المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية) وتتكون من (13) مريضاً. ب- مجموعة العلاج المزدوج (العلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية، والعلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب). وتتكون هذه المجموعة من (21) مريضاً. ج- مجموعة العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب فقط. وتتكون هذه المجموعة من (15) حالة. بلغ عدد الجلسات للمجموعتين (أوب)(8)جلسات ينما استمر العلاج بالعقاقير للمجموعة (ج) لمدة شهرين. وقد استخدمت أدوات الدراسة التالية: دراسة الحالة مقياس درجة التدين مقياس بيك للاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج مقياس الاتجاهات السالبة (لوايزمان) قبل وبعد تطبيق البرنامج.

النتائج: توصلت الدراسة إلى إمكانية تطبيق برنامج الدراسة المقترح عيادياً وفعاليته في تحقيق التحسن لمرضى الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية، وفي تخفيف الاتجاهات السالبة للمرضى. كما توصلت الدراسة إلى أن البرنامج المزدوج فعال في تحقيق التحسن لمرضى الاكتئاب وفي تخفيف الاتجاهات السالبة للمرضى وذلك على عكس العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب والذي أثبتت الدراسة عدم فعاليته في تحقيق التحسن من الاكتئاب والاتجاهات السالبة.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن البرنامج المقترح للعلاج المعرفي السلوكي (المعدل بمضامين إسلامية) فعال في علاج الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية.

4. دراسة تاج السر حسن احمد عبد الباقي، 2002م,استخدام بعض الآيات القرآنية والأدعية المأثورة لعلاج القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب

الهدف: تقييم فاعلية البرامج العلاجية المستخدمة في الدراسة وهي: (أ) الاستماع إلى تلاوة بعض الآيات القرآنية، والأدعية المأثورة. (ب)الاسترخاء العضلي فقط.(ج) الاسترخاء العضلي المصحوب بالاستماع إلى تلاوة الآيات القرآنية، والأدعية المأثورة في تخفيف وإزالة حدة أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب .

الطريقة والمشاركون: صنف عشوائياً (72) مريضاً من المرضى المصابين بأمراض الشرايين التاجية والصمامات (Outpatients)في أربعة مجموعات: أ- مجموعة العلاج بالاستماع لتلاوة الآيات القرآنية والأدعية المأثورة. حيث اشتملت على (18) مريضاً (9 ذكور– 9 إناث) وقد خضعوا إلى (72) جلسة علاجية. ب- مجموعة الاسترخاء العضلي فقط. وقد اشتملت على (18) مريضاً (9 ذكور – 9 إناث) وخضعوا إلى (72) جلسة علاجية. ج- مجموعة العلاج المزدوج

(الاسترخاء العضلي المصحوب بالاستماع إلى تلاوة الآيات القرآنية، والأدعية المأثورة) واشتملت على (18) مريضاً (9 ذكور – 9 إناث) وخضعوا إلى (72) جلسة علاجية. د- مجموعة ضابطة تتلقى العلاج الطبي فقط واشتملت على (18) مريضاً (9 ذكور – 9 إناث) وقد أجريت الدراسة بمستشفى الشعب التعليمي بالخرطوم ومركز السودان للقلب بالخرطوم. واستخدمت أدوات الدراسة التالية: جهاز التدليك الكهربائي (Thrive Handy Massager) للاسترخاء. جهاز تسجيل صوتي. شريط (كاسيت) مسجل عليه بعض الآيات القرآنية والأدعية المأثورة. مقياس درجة التدين. مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي. المقياس العيادي للقلق والاكتئاب (HADS) مقياس القلق مقياس بيك للاكتئاب. وقد طبق البرنامج في فترة (40) أسبوعاً.

النتـائج: أظهرت نتائج الدراسة أن البرامج العلاجية المستخدمة فعالة في علاج القلق والاكتئاب عند مرضى القلب.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن البرامج العلاجية التي اشتملت على الاسترخاء العضلي، والاستماع إلى تلاوة الآيات القرآنية، والأدعية المأثورة فعالة في تخفيف حدة القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب.

### 3-6-2 الدراسات الأجنبية

1. دراسة بورجيس (Burgess. D.M)،1999

**Effects of Psychotherapy in Patients with Coronary Heart Disease**

الهـدف: تقييم التدخلات العلاجية النفسية في أمراض الشرايين التاجية لدى المرضى فور خروجهم من المستشفى.

الطريقة والمشاركون: صنف عشوائياً (67) مريضاً من مرضى الذبحة الصدرية إما في برنامج لتأهيل مرضى القلب يتضمن إرشاداً معرفياً سلوكياً حيث شملت هذه المجموعة (34) مريضاً وأما في برنامج للعناية اللاحقة بالقلب حيث شملت هذه المجموعة (33) مريضاً. وتم تقييم القلق والاكتئاب لدى المجموعتين قبل وبعد إجراء التدخل العلاجي النفسي.

النتـائج: سجلت مجموعتي التدخل على امتداد ثلاثة شهور قدراً اقل من القلق والاكتئاب مقارنة بالمجموعة الضابطة.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن برنامج إعادة التأهيل وبرنامج العناية اللاحقة فعالان في خفض القلق والاكتئاب لدى مرضى الشرايين التاجية.

2. دراسة كورتس ( Courts . N.F )، 1999

**Clinical Counselling and Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Depression and Anxiety in Coronary Heart Disease Patients**

الهـدف: تقييم فاعلية الإرشاد العلاجي والعلاج السلوكي المعرفي في علاج القلق والاكتئاب لدى مرضى شرايين القلب التاجية.

الطريقة والمشاركون: صنف عشوائياً (128) مريضاً في أربع مجموعات: مجموعة تدخل يتضمن العلاج السلوكي المعرفي وشملت هذه المجموعة (27) مريضاً.مجموعة تدخل يتضمن الإرشاد العلاجي الداعم وشملت هذه المجموعة (39) مريضاً.مجموعة تدخل يتضمن العلاج السلوكي المعرفي والإرشاد العلاجي الداعم وشملت هذه المجموعة (32) مريضاً.مجموعة ضابطة تتلقى العلاج الطبي وحده وشملت هذه المجموعة (30) مريضاً.

النتائج: بمقارنة مجموعات التدخل الثلاث بالمجموعة الضابطة اتضح أن العلاج المزدوج (السلوكي المعرفي – والإرشاد العلاجي) فعال في علاج القلق والاكتئاب اكثر من استخدام أي الطريقتين على حدة.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن اتحاد العلاج السلوكي المعرفي والإرشاد العلاجي يساعد على الشفاء من القلق والاكتئاب عند مرضى الشرايين التاجية.

3. دراسة مازيكا وزملاءه ( Mazzica. J.M et-al )، 1999

**Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Depression and Anxiety in Patient with Cardiac Disease**

الهدف: تقييم فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب.

الطريقة والمشاركون: طبق التدخل العلاجي السلوكي المعرفي على (242) مريضاً يعانون من مستوى إكلينيكي للقلق والاكتئاب بوحدات العناية بمرضى القلب حيث أجريت قياسات قبلية وبعدية للقلق والاكتئاب.

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في علاج القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب كما انه يساعد على تحفيز المواظبة على البرنامج العلاجي ويساعد كذلك في تحسن الحالة الصحية.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في تحسن المسار الإكلينيكي للأمراض القلبية.

4. دراسة لينز وارنسون( Lenzer A.D and Aronson C.J), 2000

**Effects of Psychological Treatment in Patients with Cardiac Disease**

الهدف: تقييم فاعلية العلاج النفسي الفردي لمرضى حولوا من وحدات العناية المركزة للقلب إلى أجنحة المستشفى الرئيسية.

الطريقة والمشاركون: تم تطبيق تدخلاً علاجياً نفسياً تضمن الإرشاد العلاجي وتدريباً على تدبر القلق على مجموعة شملت (54) مريضاً. وتم تقييم القلق والاكتئاب عند هؤلاء المرضى قبل وبعد تطبيق التدخل.

النتائج: اظهر المرضى الذين تلقوا تدخلاً علاجياً نفسياً قدراً اقل من القلق والاكتئاب بالمقارنة مع المجموعة الضابطة بالإضافة إلى ذلك فقد أظهرت مجموعة التدخل مستويات اكثر انخفاضاً في هرمون الكاتيكولامين (Catecholamine) وتعقيدات قلبية اقل من المجموعة الضابطة.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن التدخل العلاجي النفسي فعال في خفض مترتبات الأمراض القلبية.

5. دراسة تومسون وميدس ( Thoupson. M and Meddis. D), 2001

Clinical Counselling in the Treatment of Depression and Anxiety in Patients with Angina

الهدف: تقييم فاعلية الإرشاد العلاجي في خفض القلق والاكتئاب لدى مرضى الذبحة الصدرية.

**الطريقة والمشاركون**: صنف عشوائياً (60) مريضاً بالذبحة الصدرية ادخلوا إلى وحدة العناية بالقلب نتيجة لمعاناتهم للمرة الأولى لذبحة صدرية حادة في إحدى مجموعتين: الأولى، علاجية تتلقى إرشاداً داخل المستشفى بالإضافة إلى الرعاية المعتادة حيث شملت هذه المجموعة (36) مريضاً. والثانية، ضابطة تتلقى الرعاية المعتادة فقط وقد شملت هذه المجموعة (24) مريضاً.

النتـائج: سجلت مجموعة الإرشاد درجة اقل جوهرياً من القلق والاكتئاب مقارنة بمجموعة العلاج الروتيني فقط في المستشفى.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن مثل هذا التدخل البسيط مفيد في المرحلة الحادة علاجياً وهو كفء واقتصادي ويمكن تقديمه بشكل روتيني للمرضى الذي يعانون من ذبحة صدرية لأول مرة.

6. دراسة برواينت وزملاؤه( Bryant. G,et-al ) 2001

**Effectiveness of Cogitive Behavioural Therapy and Counselling in the Treatment oF Anxiety and Depression in Patients with Coronary Heart Disease**

الهدف: تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وأساليب الإرشاد النفسي الداعم في علاج القلق والاكتئاب لدى مرضى شرايين القلب التاجية.

الطريقة والمشاركون: صنف عشوائياً (65) مريضاً في مجموعتين: 1- مجموعة العلاج المعرفي السلوكي حيث شملت على (34) مريضاً. 2- مجموعة الإرشاد النفسي الداعم حيث شملت على (31) مريضاً. وقد تمت متابعة المرضى لمدة ستة اشهر.

النتـائج: أظهرت نتائج الدراسة أن مجموعة العلاج السلوكي المعرفي قد استفادت اكثر من مجموعة الإرشاد النفسي الداعم وذلك بمقارنة المجموعتين بالمجموعة الضابطة.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في علاج القلق والاكتئاب لدى مرضى شرايين القلب التاجية اكثر من الإرشاد النفسي الداعم.

7. دراسة توماس وزملاؤه (Thomas.et-al),2001

**Assement and Treatment of Depression Following Myocardial Infaraction**

الهدف: تقييم ومعالجة الاكتئاب الذي يصحب الاحتشاء القلبي.

الطريقة والمشاركون: قام الباحثون بهذه الدراسة الوبائية في الولايات المتحدة الأمريكية لتقييم ومعالجة الاكتئاب الذي يصحب الاحتشاء القلبي. وقد تم تشخيص الاكتئاب عن طريق المقابلات التشخيصية الإكلينيكية وعن طريق مقياس بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory). وقد تم اختيار مجموعة عشوائية من مرضى الاحتشاء القلبي المتطوعين لتشارك في البرنامج العلاجي المزدوج (العلاج النفسي السلوكي المعرفي والعلاج الدوائي بالعقاقير المضادة للاكتئاب).

النتـائج: أوضحت نتائج الدراسة أن الاكتئاب عامل خطورة مستقل لأمراض القلب والأوعية عند الأشخاص الذين كانوا أصحاء في البداية فقد أظهرت النتائج وجود علاقة بين الاكتئاب وحدوث أمراض القلب. ووجدت كذلك علاقة بين الاكتئاب والوفاة عند مرضى الاحتشاء القلبي فقد اتضح أن (65%) من مرضى الاحتشاء القلبي يتعرضون لأعراض الاكتئاب العام وان (15-25%) من هؤلاء المرضى يعتبر الاكتئاب عندهم عامل خطورة في حدوث وفيات القلب. وقد وجد أن مرضى الاحتشاء القلبي المكتئبون معرضون للموت بمعدل (3.5) أضعاف مقارنة مع المرضى الخاليين من الأعراض الاكتئابية كما أوضحت نتائج الدراسة أن الاكتئاب يؤدي إلى الوفاة عند مرضى الإحتشاء القلبي بالرغم من التحكم في حالة (التدخين – الوزن – النشاط – ضغط الدم - الكوليسترول). كما أوضحت نتائج الدراسة أن الاكتئاب مرتبط بزيادة خطورة حدوث أمراض القلب عند الرجال والنساء معاً وهو مرتبط بزيادة خطورة الوفيات القلبية عند النساء اكثر مقارنة بالرجال وقد وجد أن هناك ارتباط بين الاكتئاب عند مرضى القلب وكل من: (النوع [كون

المريض أنثى] – تاريخ سابق للاكتئاب – تاريخ عائلة للاكتئاب – نقص الدعم الاجتماعي (خاصة إذا كان الشخص يعيش وحيداً) – فقدان الدور الحياتي الأساسي). بالإضافة إلى هذه النتائج فقد أظهرت الدراسة أن اتحاد العلاج النفسي السلوكي المعرفي مع العلاج الدوائي بالعقاقير المضادة للاكتئاب ذو فعالية اكثر في علاج الاكتئاب عند مرضى الإحتشاء القلبي.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن هناك ترابط بين الاكتئاب ومرض القلب الوعائي والوفاة. كما خلصت إلى أن العلاج السلوكي المعرفي عملي – يحتاج إلى زمن قصير – وفعال في علاج الاكتئاب عند مرضى الاحتشاء القلبي. كما أن اتحاد العلاج السلوكي المعرفي مع العلاج الدوائي بالعقاقير المضادة للاكتئاب هو الأكثر تناسباً.

8. دراسة سالي ومارك وكريستوفر( Sally.S, Mark.R and Christopher.R ,2002)

**Anxiety Management Training in the Treatment of Cardiac Disease**

الهدف: تقييم فاعلية تدخل نفسي يتضمن تدريباً على تدبر القلق لدى مرضى القلب.

الطريقة والمشاركون: صنف عشوائياً (71) مريضاً يعاني من مستوى اكلنيكي من القلق إلى مجموعتين:مجموعة التدخل العلاجي الذي يتضمن تدريباً على تدبر القلق وشملت هذه المجموعة (43) مريضاً.مجموعة ضابطة لم يطبق عليها أي نوع من التدخل العلاجي النفسي أثناء علاجها طبياً. وشملت هذه المجموعة (28) مريضاً.

وتم إجراء قياسات لتقييم مستويات القلق قبل تطبيق التدخل وبعده على أفراد المجموعتين.

النتـائج: أظهرت نتائج الدراسة أن هناك تحسناً ملحوظاً في مستويات القلق لدى مجموعة التدخل العلاجي الذي يتضمن تدريباً على تدبر القلق مقارنة بالمجموعة الضابطة.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن إجراء تدخلاً علاجياً نفسياً يتضمن تدريباً على تدبر القلق مفيداً لدى مرضى القلب.

9. دراسةأليزابيث وآناستازيا ( Elizabeth. and Anasatasia ,2002)

**Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Anxiety and Depression in Patients with Cardiac Disease**

الهدف: تقييم فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب (قبل وبعد إجراء العملية الجراحية).

الطريقة والمشاركون: صنف عشوائياً (57) مريضاً لم تجرى عليهم العملية الجراحية بعد ممن يعانون من مستوى إكلينيكي لكل من القلق والاكتئاب إلى مجموعتين: الأولى، تتلقى علاجاً سلوكياً معرفياً حيث شملت (28) مريضاً. والثانية، ضابطة حيث شملت (29) مريضاً. كما صنف عشوائياً (45) مريضاً أجريت عليهم العملية الجراحية ممن يعانون من مستوى إكلينيكي لكل من القلق والاكتئاب إلى مجموعتين: الأولى، تتلقى علاجاً سلوكياً معرفياً حيث شملت (23) مريضاً. والثانية، ضابطة حيث شملت (22) مريضاً.

النتـائج: أظهرت نتائج الدراسة أن هناك تحسناً في درجات القلق والاكتئاب لدى المرضى الذين لم يجروا العملية الجراحية بعد في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. والأمر ذاته بالنسبة للمجموعة التجريبية التي أجريت عليها العملية الجراحية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في علاج القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب قبل وبعد إجراء جراحة القلب.

10. دراسة ديروبيز وزملاؤه( Derubies. C.D. et-al ,2002)

**Comparison Between Medical Treatment and Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Depression in Cardiac Patients.**

الهدف: المقارنة بين العلاج الطبي (العلاج بالعقاقير) والعلاج السلوكي المعرفي في علاج الاكتئاب لدى مرضى القلب.

الطريقة والمشاركون: شملت الدراسة (67) مريضاً من مرضى القلب المصابين بالاكتئاب الحاد حيث تم تصنيفهم عشوائياً إلى ثلاثة مجموعات: الأولى، مجموعة العلاج الطبي بالعقاقير المضادة للاكتئاب. وشملت هذه المجموعة (21) مريضاً. والثانية، مجموعة العلاج السلوكي المعرفي وشملت هذه المجموعة (24) مريضاً. والثالثة، ضابطة وشملت (22) مريضاً.

النتائج: أظهرت مجموعة العلاج السلوكي المعرفي تحسناً ملحوظاً في العلاج من الاكتئاب الحاد مقارنة مع مجموعة العلاج الطبي بالعقاقير المضادة للاكتئاب التي بدورها أظهرت تحسناً بعض الشيء مقارنة مع المجموعة الضابطة.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في علاج الاكتئاب لدى مرضى القلب مقارنة مع العلاج الطبي بالعقاقير المضادة للاكتئاب.

11. دراسة ديفيد وزملاؤه (David and Coleagues ), 2004

**Effects of Psychological Stress in Patients with Coronary Artery Disease**

الهدف: معرفة العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالأمراض القلبية.

الطريقة والمشاركون: شملت الدراسة (196) مريضاً كلهم خضعوا إلى عمليات تضييق ما لا يقل عن شريان رئيسي واحد متصل بالقلب، وانهم أصيبوا في الماضي بذبحة صدرية واحدة على الأقل. واخضع المرضى لاختبار لقياس مستويات الضغط النفسي حيث طلب منهم الحديث عن أي موضوع معين له حساسية معنوية حدد لهم سابقاً ولمدة خمس دقائق.

النتائج: أوضحت نتائج الدراسة وجود تعقيدات وحالات غير عادية بعملية ضخ الدم في قلوب نحو (20%) منهم خلال فترة الاختبار القصيرة – كما لوحظ أن من تعرضوا لهذه التعقيدات كانوا معرضين أيضاً للموت بمعدل يقترب من (ثلاثة أضعاف) عن من لم يتعرضوا لهذه التعقيدات من نفس نوع المرضى خلال (الأعوام الخمسة) اللاحقة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن من شأن الضغط النفسي التسبب في تقليص الأوعية الدموية ورفع ضغط الدم وزيادة عدد ضربات القلب وبالتالي ارتفاع حاجة القلب للأوكسجين ونتيجة ذلك تعرض عضلة القلب إلى نقص في الدم المتدفق إليها وهي حالة طبية تعرف باسم (احتباس عضلة القلب). وقد استخدم الباحثون أسلوباً لرصد وكشف حالة (احتباس عضلة القلب) من خلال استخدام نوع من الصبغات التي تصبغ بها كريات الدم الحمراء بهدف مراقبة ما قد يطرأ من حالات غير عادية خلال عملية ضخ الدم من القلب وإليه والتي قد تعتبر دليلاً واضحاً على وجود حالة (احتباس عضلة القلب).

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أن هذه النتائج تعتبر دليلاً يبرهن ويؤكد على تأثير الضغط النفسي على مسار وتطور أمراض القلب والأوعية.

12. دراسة جامعة ايموري – اطلنطا (University of Emory – Atlanta), 2004

**Depression is Arisk Factor for Coronary Artery Disease**

الهدف: معرفة العلاقة بين الاكتئاب وحدوث وتطور أمراض القلب والأوعية.

الطريقة والمشاركون: أجرى الباحثون دراستهم على (50) زوج من التوائم الذكور من الذين ليست لديهم أي علامة على الإصابة بمرض القلب. وتمت مراقبة قلوبهم لمدة (24) ساعة وسؤالهم حول أعراض وتاريخ الاكتئاب.

النتائج: وجد الباحثون أن الأشخاص الذين اظهروا علامات على الإصابة بالاكتئاب عانوا على الأرجح من انخفاض معدل ضربات القلب. لكن لم يكن هناك علاقة بين انخفاض معدلات ضربات القلب وتاريخ الاكتئاب السابق بما يقترح أن الإصابة بالاكتئاب لها تأثير مباشر على النظام العصبي اللا إرادي. وقد وجد أن المصابين بالاكتئاب قد يكونوا اكثر عرضة للإصابة بعدم انتظام ضربات القلب، مما يجعلهم عرضة لخطر الموت فجأة. ووجدت الدراسة أن الأشخاص المصابين بالاكتئاب على الأرجح ما يظهرون أعراض حالة تعرف باسم (تغير معدل ضربات القلب) وهي عبارة عن قياس لقدرة القلب على التكيف مع الظروف الحالية، كما وجدت الدراسة أن الاكتئاب يزيد من خطر التعرض لضربات قلب غير منتظمة وهي الحالة التي تعرف باسم (عدم انتظام النبض) والتي يمكن في أسوأ الظروف أن تتسبب في الموت الفجائي.

الخلاصة: خلصت الدراسة إلى أنه حتى عند وجود أعراض بسيطة للاكتئاب فإنها يمكن أن تؤثر على القلب. وقد تبين من نتائج الدراسة أن العلاج من الاكتئاب بكل أشكاله يؤدي إلى تقليل خطر الإصابة بأمراض القلب عن طريق تعديل معدلات ضربات القلب.

تعليق على الدراسات السابقة:

من الملاحظ ان جميع الدراسات التي وردت قد اتبعت المنهج العلمي التجريبي وان العلاج النفسي بكل اشكاله قد طبق في هذه الدراسات على عينات مختلفة من مرضى القلب وهي تمثل دراسات قيمة وممتازة من ناحية بحثية وعلمية و هذا ماجعل الدارسة تنتهج نهج هذه الدراسات التي استفادت منها كثيرا في وضع خطة الدراسة ،وفي تصميم مقترح البرنامج العلاجي الذي طبق على عينة الدرسة ، وفي مقارنة نتائج تلك الدراسات مع نتائج الدراسة الحالية مقارنة عبر الثقافات المختلفة

# الفصـــل الثالــث

# منهج البحث والإجراءات

# الفصل الثالث
# 3 - منهج البحث والإجراءات

## 3-1 تمهيد:

يتناول هذا الفصل منهج الدراسة المتبع، ومجتمع الدراسة، وعينة الدراسة وطريقة اختيارها، ومتغيرات الدراسة، والمقاييس المستخدمة في الدراسة، بعد ذلك يأتي الحديث عن البرنامج العلاجي المقترح والخطوات الإجرائية التفصيلية لاعداده وتنفيذه، ويختتم الفصل بالأساليب الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات.

## 3-2 منهج البحث :

المنهج المتبع في هذه الدراسة هو (منهج البحث التجريبي) حيث يقصد بمصطلح (تجريبي) تغيير شيء ما وملاحظة أثر التغيير على شيء آخر، أي أن التجريب إدخال تعديلات أو تغييرات معينة من أجل ملاحظة أثرها على شيء آخر. والتجربة هي إجراء يهدف إلى تقسيم عدد من الأفراد عشوائياً في مجموعات يعالج فيها متغير مستقل أو أكثر. العنصر الأساسي في البحث التجريبي هو أن الباحث يضع عن قصد الظروف التي تتعرض فيها مجموعات مختلفة لخبرات مختلفة (أبوعلام،2001).ويوصف (منهج البحث التجريبي) بأنه أدق مناهج البحث في العلوم النفسية حيث يعتبر البعض البحوث التجريبية قمة البحوث العلمية، فهو مصمم لأن يكون أداة لدى الباحث تساعده على اختيار فروضه بطريقة دقيقة حول العلاقات السيية بشكل مباشر (الخالدي،2002).

## 3-3 خصائص البحث التجريبي:

توجد ستة خصائص للبحث التجريبي هي:

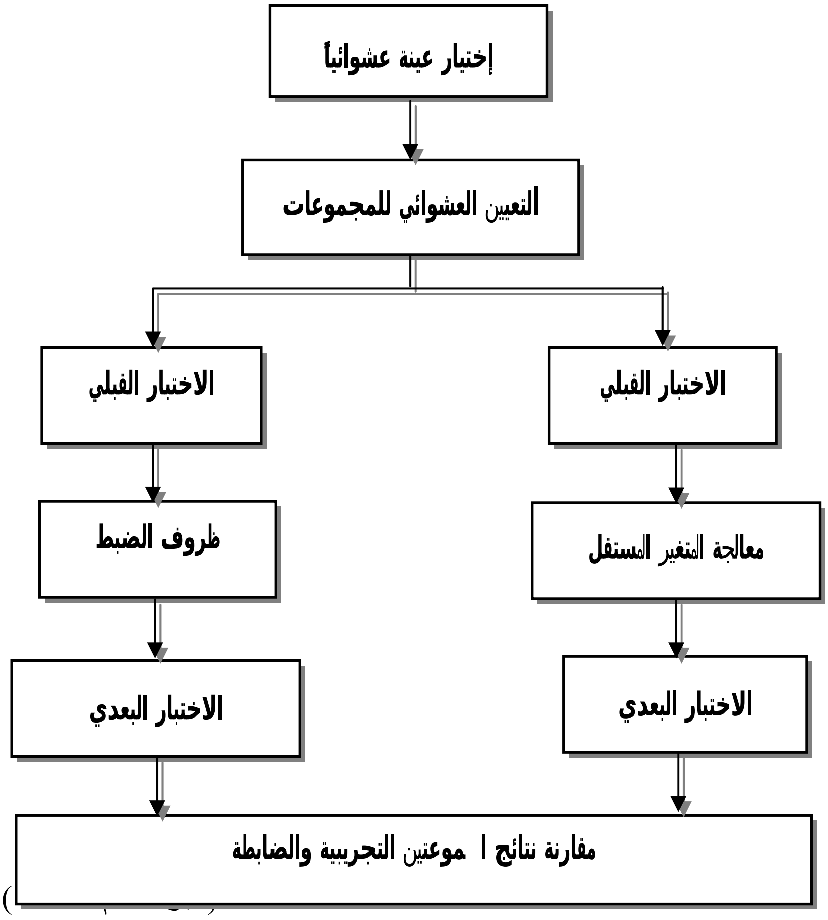
1. التكافؤ الإحصائي بين أفراد المجموعات المختلفة وعادة ما يتم ذلك بالتعيين العشوائي.
2. مقارنة مجموعتين أو أكثر من الأفراد.
3. المعالجة المباشرة لمتغير مستقل واحد على الأقل.
4. قياس كل متغير تابع قبل وبعد
5. استخدام الإحصاء الاستدلالي.
6. تصميم يوفر أقصى ضبط ممكن للمتغيرات الخارجية(المتغيرات الدخيلة).

البحث الذي تتوفر فيه كل هذه الخصائص السابقة هو بحث تجريبي خالص يمكن من الوصول إلى العلاقات النسبية بين المتغيرات عند تفسير النتائج (أبوعلام،2001).

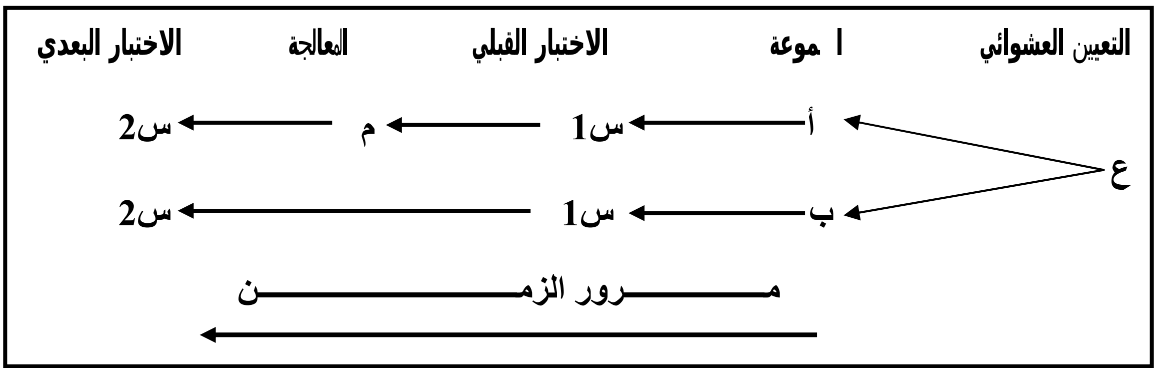
## 3-4 تصميم البحث التجريبي:

تتضمن الدراسة التجريبية البسيطة مجموعتين: المجموعة التجريبية (مجموعة المعالجة)، والمجموعة الضابطة أو (المقارنة) ويقدم لكل مجموعة مستوى من مستويات المتغير المستقل. والمجموعة الضابطة أو المقارنة أمر ضروري في البحوث التجريبية . ومن الناحية الفنية فإن المجموعة الضابطة لا تتضمن أي معالجة على الاطلاق. ويوضح شكل رقم (3) تخطيط للتصميم التجريبي الحقيقي ويلاحظ أن هذا الشكل يمثل التصميم التجريبي الحقيقي الأساسي (أبوعلام،2001).

شكل رقم (3) يوضح التصميم التجريبي الحقيقي




كذلك يمكن تصوير هذا التصميم على النحو التالي:




( ابو علام،2001

(

إن العامل الأساسي في التصميم التجريبي الحقيقي هو التوزيع العشوائي لمجموعات المعالجة، وذلك لإزالة أثر الفروق بين أفراد المجموعات ويلاحظ في التصميم السابق وجود

مجموعة معالجة واحدة مع إختبار قبلي بعدي ويلاحظ وجود مجموعة ثانية ضابطة، كما أن الأفراد يوزعون عشوائياً على كل مجموعة قبل الإختبار القبلي (ابوعلام ،2001).

الخطوة الأولى : في هذا التصميم هي التعيين العشوائي للأفراد على المجموعة التجريبية (المجموعة الأولى) والمجموعة الضابطة (المجموعة الثانية).

الخطوة الثانية : هي إختبار أفراد كل مجموعة إختباراً قبلياً في المتغير التابع.

الخطوة الثالثة : هي تقديم المعالجة التجريبية للمجموعة الأولى التجريبية ويلاحظ عدم تقديم أي معالجة للمجموعة الثانية الضابطة وذلك مع مراعاة الابقاء على الظروف الأخرى كما هي لكل مجموعة، وذلك حتى يكون الفرق الوحيد هو المعالجة التجريبية وفي نهاية المعالجة يقدم الاختبار البعدي إلى كل مجموعة. (أبوعلام،2001)

الخطوة الرابعة : يتم فيها مقارنة درجات المجموعة التجريبية بدرجات المجموعة الضابطة ويعزى الفرق بينهما للمتغير التجريبي (المتغير المستقل) الذي أثر في المجموعة التجريبية ولم يؤثر في المجموعة الضابطة. ( أبو النيل، د .ت)

## 3-5 مجتمع الدراسة:

يقصد بالمجتمع جميع الأفراد (أو الأشياء أو العناصر) الذين لهم خصائص واحدة يمكن ملاحظتها، والمحك الوحيد للمجتمع هو وجود خاصية مشتركة بين أفراده يمكن ملاحظتها. ويقوم الباحث بسحب عينة تتكون من حالات أو عناصر ويمكن أن تكون هذه الحالة أو العناصر شخصاً أو جماعة أو هيئة أو عملاً من الأعمال وكلها عناصر تخضع للقياس وجمع البيانات وعلى الباحث أن يحدد الآتي:

1. العناصر أو الوحدات التي يتكون منها المجتمع.
2. الموقع الجغرافي للمجتمع.
3. حدوده الزمنية (أبوعلام،2001).

يتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع مرضى القلب (الذكور والإناث) المقيمين (بمستشفى السودان القومي للقلب) بأقسام أمراض القلب للكبار بنوعيها (الجراحة والباطنية) الذين يتلقون الرعاية الطبية المعتادة بسبب مشكلاتهم القلبية أو بسبب تدهور الوظيفة القلبية بعد إجراء الجراحة بالقلب.وقد تم إختيار (مستشفى السودان القومي للقلب) وموقعه الخرطوم (أركويت) للأسباب الآتية:

1. يعتبر المركز الوحيد المتخصص بكامله في تشخيص وعلاج وجراحة الأمراض القلبية فهو مستشفى متكامل يستقبل الحالات الطارئة حيث توجد به وحدة الحوادث والطواريء وبه تتم جميع الفحوصات الطبية اللازمة للأمراض القلبية وتتم فيه الجراحة القلبية.
2. يتم تحويل الحالات الحرجة بالمستشفيات الأخرى لهذه المستشفى.
3. لا توجد بالمستشفى أي خدمة نفسية تقدم للمرضى حيث لا يوجد قسم أو مكتب للاخصائين النفسيين لتقديم الرعاية النفسية لمرضى القلب وتختص المستشفى بالرعاية الطبية فقط ويوجد بها مكتب للخدمة الاجتماعية هدفه القيام بدراسة الحالة وتقديم الدعم المادي المطلوب من ديوان الزكاة أو من وزارة المالية للمرضى الذين يحتاجون للدعم المادي بسبب الاقامة الطويلة، أو عدم مقدرتهم على تحمل تكاليف العمليات الجراحية بالقلب.

## 3-6 عينة الدراسة:

العينة هي أي مجموعة جزئية من المجتمع لها خصائص مشتركة مثل (العمر،الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي...)، (باركر ، بيسترانج،1999).

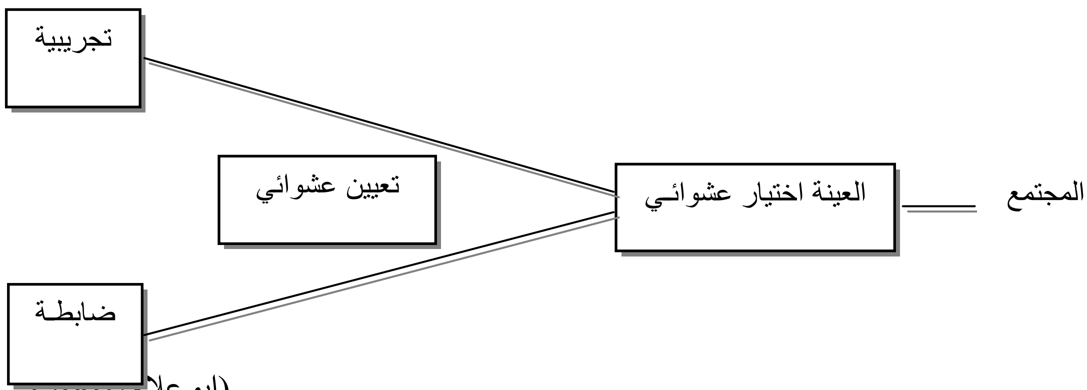
عينة الدراسة الحالية هي مجموعة من مرضى القلب من (الذكور والإناث) المقيمين بمستشفى السودان القومي للقلب بأقسام أمراض القلب للكبار بنوعيها (الجراحة والباطنية) الذين يتلقون الرعاية الطبية المعتادة بسبب مشكلاتهم القلبية أو بسبب تدهور الوظيفة القلبية بعد إجراء الجراحة بالقلب.

## 7-3 كيفية إختيار عينة الدراسة:

أفضل طريقة لإختيار العينة هي (الطريقة العشوائية) لأن استخدامها يعني أن لكل فرد من أفراد المجتمع فرصة متساوية لإختياره في العينة. وهي أفضل طريقة من حيث إمكانية تمثيل المجتمع إذ يترتب على هذه الطريقة الحصول على فروق ضئيلة وغير منتظمة بين المجتمع والعينة. ونحن لا نتوقع مثلاً أن نحصل في عينة عشوائية على نفس نسبة الذكور والإناث في المجتمع إلا أن المعاينة العشوائية تساعد على أن تكون هذه النسبة أقرب ما يمكن لنسبة تواجد الجنسين في المجتمع وأن إحتمال الحصول على إناث أكثر مما يجب أو ذكور أكثر مما يجب إحتمال ضئيل، وما نحصل عليه من فروق بين خصائص العينة وخصائص المجتمع هي فروق وليدة الصدفة. وإذا اعتمد الباحث في إختيار أفراد عينته على المتطوعين للدراسة فإن هذا يؤثر على بناء البحث وأفضل وسيلة للتحكم في هذا العامل هو الاعتماد على (الإختيار العشوائي) وهو عملية الحصول على عينة عشوائية من مجتمع محدد بإحدى طرق الاختيار العشوائي، أو (التعيين العشوائي) لأفراد العينة وهو عملية تقسيم الأفراد في مجموعتين أو أكثر تقسيماً عشوائياً (أبو علام، 2001).

وفقاً لذلك اتبعت الباحثة الطريقة (العشوائية) في إختيار أفراد العينة كما أتبعت أسلوب التعيين العشوائي لأفراد العينة في المجموعتين المجموعة الأولى (التجريبية) والمجموعة الثانية (الضابطة).

ويمكن تصوير هذا التصميم على النحو التالي:




(ابو علام،2001)

## 8-3 خصائص عينة الدراسة:

جدول رقم (4) يوضح أهم خصائص عينة الدراسة تبعاً لنوع المجموعة وبعض المتغيرات الديمغرافية الأخرى.

| متغيرات التوصيف | التـــــدرج | تجريبية | ضابطة | المجموع |
|---|---|---|---|---|
| **نوع الحالة طبياً** | جراحة | 12 | 10 | 22 |
| | باطنية | 14 | 10 | 24 |
| | المجموع | 26 | 20 | 46 |
| **النوع** | ذكور | 14 | 11 | 25 |
| | إناث | 12 | 9 | 21 |
| | المجموع | 26 | 20 | 46 |
| **الحالة الاجتماعية** | عازب | 6 | 5 | 11 |
| | متزوج | 14 | 12 | 26 |
| | مطلق | - | - | - |
| | منفصل | - | - | - |
| | أرمل | 6 | 3 | 9 |
| | المجموع | 26 | 30 | 46 |
| **العمر بالسنوات** | أقل من 40 | 4 | 4 | 8 |
| | 40 - 44 | 2 | 3 | 5 |
| | 45 - 49 | 4 | 4 | 8 |
| | 50 - 54 | 4 | 3 | 7 |
| | 55 فأكثر | 12 | 6 | 18 |
| | المجموع | 26 | 20 | 46 |
| **مستوى التعليم** | أمي | 2 | 2 | 4 |
| | أساس | 9 | 5 | 14 |
| | ثانوي | 5 | 4 | 9 |
| | جامعي | 9 | 7 | 16 |
| | فوق الجامعي | 1 | 2 | 3 |
| | المجموع | 26 | 20 | 46 |

وللتحقق من عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة قامت الباحثة بإجراء **(الضبط التجريبي)** للمتغيرات الضابطة والغرض من ذلك هو الإقلال من الخطأ في النتائج الناجم عن تأثير هذه المتغيرات.

## 9-3 الضبط التجريبي:

**1. ضبط متغيري القلق والاكتئاب (في القياس القبلي):**

للتحقق من عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات القلق والاكتئاب، قامت الباحثة بإجراء اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (5) يوضح نتيجة اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين للتحقق من الضبط التجريبي لكل من القلق والاكتئاب بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

| المتغير | مجموعة | الوسط الحسابي | انحراف معياري | قيمة (ت) المحسوبة | درجات الحرية | القيمة الاحتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| القلق كحالة | تجريبية | 22,00 | 1,70 | 1,607 | 44 | 0,115 | الفرق غير دال إحصائيا |
| | ضابطة | 21,20 | 1,64 | | | | |
| القلق كسمة | تجريبية | 19,81 | 2,37 | 0,626 | 44 | 0,534 | الفرق غير دال إحصائيا |
| | ضابطة | 19,40 | 1,93 | | | | |
| الاكتئاب | تجريبية | 43,31 | 4,28 | 0,043 | 44 | 0,966 | الفرق غير دال إحصائيا |
| | ضابطة | 43,25 | 4,78 | | | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المجموعتين ( التجريبية والضابطة) في متغيري (القلق كحالة) و ( القلق كسمة). كما يتضح ايضاً عدم وجود فروق في متغير (الاكتئاب). مما يعني تجانس المجموعتين في درجات ( القلق والاكتئاب).

**2. ضبط متغير العمر**

للتحقق من عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر، قامت الباحثة بإجراء اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (6) يوضح نتيجة اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين للتحقق من الضبط التجريبي لمتغير العمر بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

| المتغير | المجموعة | الوسط الحسابي | انحراف معياري | قيمة (ت) المحسوبة | درجات الحرية | القيمة الاحتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| العمر | تجريبية | 51,58 | 12,77 | 1,171 | 44 | 0,248 | الفرق غير دال إحصائيا |
| | ضابطة | 47,05 | 13,31 | | | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في العمر. مما يعني تجانس المجموعتين في متغير العمر.

**3. ضبط متغير الحالة الطبية**

للتحقق من عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الحالة الطبية (جراحة / باطنية) ، قامت الباحثة بإجراء اختبار مربع كاي، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (7) يوضح نتيجة اختبار مربع كاي للتحقق من الضبط التجريبي لمتغير الحالة الطبية بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

| المتغير | خيارات الإجابة | المجموعة | | قيمة كاي تربيع المحسوبة | درجة الحرية | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تجريبية | ضابطة | | | | |
| الحالة الطبية | جراحة | 12 | 10 | 0,067 | 1 | 0,796 | الفروق في التكرارات غير دالة إحصائياً |
| | باطنية | 14 | 10 | | | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المجموعتين ( التجريبية والضابطة) في متغير الحالة الطبية (جراحة/ باطنية) .مما يعني تجانس المجموعتين في متغير الحالة الطبية.

**4. ضبط متغير جنس الفرد**

للتحقق من عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير جنس الفرد (ذكر/ أنثى)، قامت الباحثة بإجراء اختبار مربع كاي، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (8) يوضح نتيجة اختبار مربع كاي للتحقق من الضبط التجريبي لمتغير جنس الفرد (ذكر / أنثى) بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

| المتغير | خيارات الإجابة | المجموعة | | قيمة كاي تربيع المحسوبة | درجة الحرية | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تجريبية | ضابطة | | | | |
| جنس الفرد | ذكر | 14 | 11 | 0,006 | 1 | 0,938 | الفروق في التكرارات غير دالة إحصائياً |
| | أنثى | 12 | 9 | | | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المجموعتين ( التجريبية والضابطة) في جنس الفرد ( ذكر/ انثى). مما يعني تجانس المجموعتين في متغير جنس الفرد.

### 5. ضبط متغير المستوى التعليمي

للتحقق من عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير المستوى التعليمي، قامت الباحثة بإجراء اختبار مربع كاي، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (9) يوضح نتيجة اختبار مربع كاي للتحقق من الضبط التجريبي لمتغير المستوى التعليمي بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

| المتغير | خيارات الإجابة | المجموعة | | قيمة كاي تربيع المحسوبة | درجة الحرية | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تجريبية | ضابطة | | | | |
| المستوى التعليمي | أمي | 2 | 2 | 1,073 | 4 | 0,899 | الفروق في التكرارات غير دالة إحصائياً |
| | أساس | 9 | 5 | | | | |
| | ثانوي | 5 | 4 | | | | |
| | جامعي | 9 | 7 | | | | |
| | فوق الجامعي | 1 | 2 | | | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المجموعتين ( التجريبية والضابطة) في متغير (المستوى التعليمي). مما يعني تجانس المجموعتين في متغير المستوى التعليمي.

### 6. ضبط متغير الحالة الاجتماعية

للتحقق من عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الحالة الاجتماعية، قامت الباحثة بإجراء اختبار مربع كاي، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (10) يوضح نتيجة اختبار مربع كاي للتحقق من الضبط التجريبي لمتغير الحالة الاجتماعية بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

| المتغير | خيارات الإجابة | المجموعة | | قيمة كاي تربيع المحسوبة | درجة الحرية | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تجريبية | ضابطة | | | | |
| الحالة الاجتماعية | عازب | 6 | 5 | 0,470 | 2 | 0,791 | الفروق في التكرارات غير دالة إحصائياً |
| | متزوج | 14 | 12 | | | | |
| | أرمل | 6 | 3 | | | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المجموعتين ( التجريبية والضابطة) في متغير ( الحالة الاجتماعية). مما يعني تجانس المجموعتين في متغير الحالة الاجتماعية.

## 10-3 مقاييس الدراسة:

بعد اطلاع الدارسة على عدد من مقاييس القلق والاكتئاب وقع إختيارها على الصورة الكويتية التي أعدها بدر محمد الانصاري لمقياسي (القلق والاكتئاب) وبذلك تمثلت مقاييس الدراسة في الآتي:

1/ قائمة حالة وسمة القلق **(State Trait Anxiety Inventory)**

اعداد: سبيلبيرجر (Spielberger)،جورستش(Gorsuch)، لوشين (Lushne) فاج (Vagg) جاكوبز (Jacobs).وقد اعدت هذه القائمة في العام (1983م). وقام بتعريبها أحمد محمد عبد الخالق في العام (1992م). وقد اعد الصورة الكويتية بدر محمد الانصاري في العام (1999م).وتشير **(حالة القلق)** إلى عملية تحدث في زمن معين ومستوى محدد من الشدة. في

حين تشير **(سمة القلق)** إلى الفروق بين الناس في الميل إلى الاستجابة لمواقف عصيبة ذات درجات مختلفة في حالة القلق (عبد الخالق ،1993).

عند الاستجابة لمقياس حالة وسمة القلق فإن المفحوصين يقومون بوضع علامة (☒) في نسخة الاختبار على الرقم المناسب من (3 – صفر) الوارد يسار كل عبارة والذي يصف شدة مشاعرهم الآن تبعاً لما يلي:

| 3 | 2 | 1 | صفر |
|---|---|---|---|
| دائمـاً | غالبـاً | احيانـاً | ابـداً |

تصحيح قائمة حالة وسمة القلق:

يعطى كل بند في قائمة حالة وسمة القلق درجة موزونة تتراوح من (صفر- 3) وتصحح البنود الدالة على وجود القلق باعطائها الاوزان ذاتها وهي الأرقام التي قام المفحوص بوضع علامة(☒) عليها في نسخة الاختبار بينما تصحح البنود المشيرة إلى عدم وجود القلق بإعطائها أوزاناً معكوسة أي أن الاستجابات التي وضع المفحوص علامة (☒) في (3، 2، 1، صفر) تصحح بالترتيب (صفر،1، 2، 3). وأرقام بنود المقياس الدالة على عدم وجود القلق والتي تعطي أوزاناً معكوسة هي كما يلي:- (1، 3، 6، 7، 9، 11، 13، 16).ولكي تستخرج الدرجة الكلية للمقياس تجمع ببساطة الدرجات الموزونة للبنود الثمانية عشر التي تكون هذا المقياس مع ملاحظة أن الدرجات تعكس بالنسبة للبنود التي اوردناها أعلاه ويمكن أن تتفاوت الدرجات للمقياس من (18) درجة كحد أدنى إلى (54) درجة كحد أقصى (الانصاري،1999).

جدول (رقم 11 )، يوضح مستويات القلق وحدود المستويات.

| مستويـات القلـق | حـدود المستويـات |
|---|---|
| **طبيعي** | صفر – 9 |
| **بسيـط** | 10 – 15 |
| **متوسط** | 16 – 24 |
| **حــاد** | 25 - 54 |

2/ قائمة بيك للاكتئاب **(Beck Depression Inventory (BDI))**

تأليف بيك، ويستر (1993م) Beck and Steer ، وقد قام أحمد محمد عبد الخالق بتعريب هذه القائمة في العام (1996) وأعد الصورة الكويتية بدر محمد الانصاري في العام (1997م).

تعتبر قائمة بيك للاكتئاب من أكثر مقاييس الاكتئاب استخداماً وتمتاز بسهولة تطبيقها وسهولة تصحيحها وتتوافر فيها بيانات سيكومترية تدعم استخدامها (يوسف،2000). وقد صمم هذه القائمة أرون بيك (A.Beck) وزملاءه في العام (1961م)، وتبرز أهمية هذه القائمة في أن بنودها اشتقت من خلال العمل الأكلنيكي أساساً حيث اجرى بيك ملاحظاته المنتظمة على مرضى اكتئابيين خلال فترة تعرضهم للعلاج النفسي وتم تسجيل الأعراض والاتجاهات المميزة لهم، وأدى هذا الاجراء إلى تكوين قائمة بيك لقياس شدة المظاهر السلوكية للاكتئاب (يوسف، 2000).وتتكون هذه القائمة من (21) فقرة تعبر كل واحدة منها عن مظهر محدد من المظاهر الخاصة بالاكتئاب، وتتكون كل فقرة من أربعة جمل مرتبة ترتيباً تنازلياً من حيث مستوى شدة التعبير عن أحد الأعراض التي تعبر عنها الفقرة. (سيسالم، 2002).ويطلب من المفحوص بعد أن يقرأ كل مجموعة من الفقرات أن يضع دائرة حول أحد الارقام (صفر،1، 2، 3) التي تسبق العبارة التي تصف تماماً الحالة التي كان يشعر بها خلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم الحالي، وإذا رأى أن عدة عبارات في مجموعة واحدة تنطبق عليه بالدرجة نفسها فعليه ان يضع

دائرة حول كل رقم يقابلها (عبد الخالق،1998).وتتمتع القائمة بثبات وصدق معقولين (يوسف،2000).

تصحيح قائمة بيك للاكتئاب:

تصحح قائمة بيك للاكتئاب بجمع التقديرات التي يعطيها المفحوص لكل من الواحد والعشرين بنداً . ويتكون كل بند من مجموعة من أربع عبارات تقدر من صفر إلى3 والدرجة الكلية القصوى هي (63) وإذا استخدم المفحوص أكثر من عبارة واحدة داخل المجموعة استخدم العبارة ذات التقدير الأعلى لحساب الدرجة ويجب أن نوجه اهتماماً خاصاً للبند رقم (19) الخاص بفقد الوزن فإذا ذكر المفحوص أنه يحاول- شعورياً- أن ينقص وزنه عندئذ لا يضاف تقدير هذا البند للدرجة الكلية (عبد الخالق، 1996). فقد لاحظ طالب طب أكمل القائمة كجزء من التدريبات المطلوبة منه في الفصل، أنه فقد الوزن لا لأنه كان مكتئباً ، ولكن لأنه كان يقصد المحافظة على نحافته وقد روعي هذا الاعتراض في تعديل القائمة بإضافة جملة:( أنا أحاول عامداً خفض وزني بتناول طعام أقل): نعم/ لا بجوار بند فقدان الوزن.( ليندزاي وبول،2000).

جدول رقم (12) يوضح مستويات الاكتئاب وحدود المستويات.

| مستويات الاكتئاب | حدود المستويات |
|---|---|
| **طبيعي** | 9 – 5 |
| **بسيط** | 18 – 10 |
| **متوسط** | 29 – 19 |
| **حاد** | 63 - 30 |

حيث يعتبر أقل من (4 درجات) فيه انكار للاكتئاب (Denial of Depression) وأكثر من (18 درجة) يعني أنك تحتاج إلى معالجة (Treatment).

جدول رقم (13) يوضح بنود قائمة بيك للاكتئاب.

| م | البند | م | البند |
|---|---|---|---|
| 1 | **الحزن** | 2 | **التشاؤم** |
| 3 | **الشعور بالفشل** | 4 | **عدم الرضى** |
| 5 | **الذنب** | 6 | **العقاب** |
| 7 | **كره الذات** | 8 | **اتهام الذات** |
| 9 | **أفكار انتحارية** | 10 | **البكاء** |
| 11 | **التهيج** | 12 | **الانسحاب الاجتماعي** |
| 13 | **عدم الحسم** | 14 | **تغير صورة الجسم** |
| 15 | **صعوبة العمل** | 16 | **الأرق** |
| 17 | **سرعة التعب** | 18 | **فقد الشهية** |
| 19 | **فقد الوزن** | 20 | **الانشغال بالجسم** |
| 21 | **فقد اللبيدو** | | |

**المصدر**:www.swin.edu- au/victims/resources/assessment/affect/bdi.htm

## 11-3 صدق المقياس (Validity):

صدق المقياس هو قدرته على قياس السمة المراد قياسها، أو قدرته على الوفاء بالغرض الذي يستخدم من أجله. والصدق يعني أن المقياس مصمم لقياس سمة معينة، وأن فقرات هذه المقياس جميعها ترتبط بهذه السمة المراد قياسها.(خضر،2003) .ويرى (ثورندأيك) أن المقياس الصادق هو المقياس الذي يقيس ما نريد أن نقيسه به وكل ما نريد أن نقيسه به، ولاشيء غير ما نريد أن نقيسه (خضر،2003)، أي أن المقياس الصادق يقيس السمة التي يزعم انه يقيسها ولا يقيس شيئاً آخر بدلاً منها أو مشاركاً لها، فإذا كان هدف المقياس قياس قدرة التلميذ على التفكير فيجب ألا يقيس قدرته على التذكر كذلك فإن القياس الذي يصلح لقياس القدرة اللغوية لا يصلح لقياس القدرة العددية. (خضر،2003).

الصدق الظاهري (Face Validity):وهو الصدق مشتقاً بصورة عامة بالنظر إلى عنوان المقياس أو تصفح بنوده أي النظر إلى بنوده ومعرفة ما يبدو أنها تقيسه، ثم مطابقة ذلك بالوظيفة المراد قياسها فالقياس الصادق صدقاً ظاهرياً يبدو في أعين الناس أنه صادق ويتعلق بما يراد قياسه ويحقق الغرض الذي يطبق من أجله.(خضر ،2003).وللتأكد من الصدق الظاهري لمقاييس الدراسة التي تمثلت في (قائمة حالة وسمة القلق)، و (قائمة بيك للاكتئاب) قامت الباحثة بعرض هذه المقاييس على عدد من أستاذة علم النفس بالجامعات السودانية ، وقدجاءت نتيجة تحكيم مقاييس الدراسة كالاتي :

1. قُدمت ملاحظات تفيد بأن المقاييس المختارة مناسبة مع موضوع الدراسة وملائمة للشخصية السودانية هذا بالإضافة إلى إمكانية تطبيقها على مرضى القلب.
2. تغيير أسم قائمة وسمة القلق وأسم قائمة بيك للاكتئاب إلى (مقياس التقدير الذاتي)، و(مقياس الشخصية) عند تقديمها للمريض.
3. دمج عبارات مقياس حالة القلق ومقياس سمة القلق في مقياس واحد وتوحيد الخيارات إلى (دائماً، غالباً، احياناً، أبداً).
4. تقديم قائمة بيك للاكتئاب بدون اظهار أرقام القياس (صفر،1، 2، 3) التي تسبق عبارات القائمة حيث يوضع بدلاً عنها مربعات لوضع علامة(☒) أمام العبارة المناسبة.
5. يراعي البند رقم (19) في قائمة بيك للاكتئاب والـــــ بفقد الوزن- مراعاة خاصة حيث يجب أن نتأكد من أن المريض (إذا فقد وزنه) قد فقد هذا الوزن شعورياً أو لا شعورياً.
6. تعديل بقية عبارات قائمة حالة وسمة القلق وبعض عبارات قائمة بيك للاكتئاب.

والجداول التالية توضح التعديلات التي أجراها الأستاذة المحكمون على عبارات مقاييس الدراسة.

قائمة حالــة القلــق

جدول رقم (14) يوضح التعديلات التي طرأت على قائمة حالة القلق.

| رقم البند | العبـارة الأصليـة | العبـارة المعدلـة |
|---|---|---|
| 3 | اشعر أنني (على راحتي) | أشعر بالهدوء |
| 5 | أنا الآن منزعج مما قد يحدث من سوء حظ | أنا منزعج |
| 6 | أشعر أنني قانع ( راضي) | أشعر بالرضا |
| 8 | أنا شديد العصبية (متنرفز) | أنا عصبي (متنرفز) |

قائمة سـمـة القلق

جدول رقم (15) يوضح التعديلات التي طرأت على قائمة سمة القلق.

| رقم البند | العبــارة الأصليــة | العبــارة المعدلـة |
|---|---|---|
| 1 | أشعر بالعصبية وعدم الاستقرار | أشعر بعدم الاستقرار |
| 2 | أشعر أنني مقتنع بنفسي | أنا مقتنع بنفسي |
| 3 | أشعر كأنني فاشــل | أنــا فاشل |
| 4 | أشعر أن الصعوبات تتراكم عليّ بحيث لا استطيع التغلب عليها | أنا عاجز عن التغلب على الصعوبات |
| 5 | لدى (عندي) أفكار مزعجة | أفكاري مزعجة |
| 6 | أشعر بالأمان | أنــا مطمئن |
| 7 | أشعر أنــي غير كفء | أنــا غير كفء |
| 8 | تصيبني حالة من التوتر أو الاضطراب عندما أفكر في مشاغلي واهتماماتي في الفترة الاخيرة | أنا متوتر ومضطرب في الفترة الأخيرة |

قائمـة بيــك للاكتـئـاب

جدول رقم (16) يوضح التعديلات التي طرأت على قائمة بيك للاكتئاب

| رقم البند | العبــارة الأصليــة | العبــارة المعدلـة |
|---|---|---|
| 2 | ▪ لا أشعر بأن (عزيمتي)ضعيفة تجاه المستقبل.<br>▪ أشعر بأن (عزيمتي) ضعيفة تجاه المستقبل. | ▪ لا أشعر بأن (ثقتي) ضعيفة تجاه المستقبل<br>▪ أشعر بأن (ثقتي) ضعيفة تجاه المستقبل. |
| 4 | ▪ أشعر بعدم الرضا والملل من كل شيء | ▪ أشعر بالممل من كل شيء. |
| 11 | ▪ لست مستثاراً الآن أكثر مما كنت دائماً.<br>▪ أصبح منزعجاً أو مستثاراً بسهولة أكثر مما كنت معتاداً.<br>▪ أشعر بأنني مستثاراً الآن طوال الوقت.<br>▪ لا تثيرني بالمرة الاشياء التي تعودت أن تثيرني. | ▪ لا أشعر بالانزعاج أكثر من المعتاد.<br>▪ أشعر بالانزعاج بسهولة أكثر مما تعودت.<br>▪ أشعر بأنني منزعجاً الآن طوال الوقت.<br>▪ لا تزعجني بالمرة الشياء التي تعودت ان تزعجني. |
| 19 | ▪ لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً. | ▪ احتفظت بوزني مؤخراً (مع حذف المربع الموجود بجانب الخيارات) |
| 20 | ▪ لست منشغل البال عن صحتي أكثر من المعتاد<br>▪ أشعر بأنشغال البال كثيراً بسبب مشاكل (صعبة) ومن الصعب على التفكير في أي شيء آخر | ▪ لا أشعر بانشغال البال عن صحتي اكثر من المعتاد.<br>▪ أشعر بأنشغال البال أكثر بسبب مشاكلي (الصحية) ومن الصعب علي التفكير في أي شيء آخر |
| 21 | ▪ لم ألاحظ أي تغيير في اهتمامي بالجنس في الفترة الأخيرة | ▪ اهتمامي بالجنس لم يتغير. |

## الخصائص القياسية لمقياس القلق :

لمعرفة الخصائص القياسية للفقرات بمقياس القلق بمجتمع الدراسة الحالية، قامت الباحثة بتطبيق صورة المقياس المعدلة بتوجيهات المحكمين والمكونة من (18) فقرة، على عينة حجمها (48) مفحوصاً، تم اختيارها بالطريقة العشوائية من الذكور والإناث بمجتمع الدراسة الحالية، وبعد تصحيح الاستجابات قامت الباحثة برصد الدرجات وإدخالها في الحاسب الآلي، ومن ثم قامت الباحثة بالآتي:

1. **صدق الاتساق الداخلي للفقرات :**

لمعرفة صدق اتساق الفقرات مع الدرجة الكلية للبعد الفرعي بمقياس القلق، قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس الفرعي الذي تقع تحته الفقرة المعنية، والجدول التالي يوضح نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (17) يوضح معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس الفرعي بمقياس القلق عند تطبيقه بمجتمع الدراسة الحالية.

| القلـــق كحالـــة | | | | القلـــق كسمـــة | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| البند | الارتباط | البند | الارتباط | البند | الارتباط | البند | الارتباط |
| 1 | 0,895 | 6 | 0,669 | 1 | 0,783 | 6 | 0,902 |
| 2 | 0,932 | 7 | 0,509 | 2 | 0,529 | 7 | 0,708 |
| 3 | 0,915 | 8 | 0,764 | 3 | 0,574 | 8 | 0,674 |
| 4 | 0,861 | 9 | 0,850 | 4 | 0,785 | 9 | 0,867 |
| 5 | 0,870 | | | 5 | 0,769 | | |

تلاحظ الباحثة من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباطات لجميع الفقرات موجبة الإشارة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، وهذا يعني أن جميع فقرات الصورة هذا المقياس تتمتع بصدق اتساق داخلي جيد، مع الدرجة الكلية للمقاييس الفرعية، بمجتمع الدراسة الحالية.

**2. معاملات الثبات :**

لمعرفة الثبات لدرجات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية بمقياس القلق بمجتمع الدراسة الحالية، قامت الباحثة بتطبيق معادلتي ألفا كرونباخ وسبيرمان ـ براون على بيانات العينة فبيّن هذا الإجراء النتائج المعروضة بالجدول التالي:

جدول رقم (18) يوضح نتائج معاملات الثبات للأبعاد الفرعية لمقياس القلق بمجتمع الدراسة الحالية.

| المقاييس الفرعية | عدد الفقرات | معاملات الثبات | |
|---|---|---|---|
| | | ألفا | س ـ ب |
| **القلق كحالة** | 9 | 0,956 | 0,958 |
| **القلق كسمة** | 9 | 0,926 | 0,932 |

تلاحظ الباحثة من الجدول السابق أن معاملات الثبات لدرجات جميع الأبعاد وللدرجة الكلية للمقياس أكبر من (0.90) الأمر الذي يؤكد ملائمة هذا المقياس لقياس القلق لدى المفحوصين بمجتمع الدراسة الحالية.

## الخصائص القياسية لمقياس الاكتئاب :

لمعرفة الخصائص القياسية للفقرات بمقياس الاكتئاب بمجتمع الدراسة الحالية، قامت الباحثة بتطبيق صورة المقياس المعدلة بتوجيهات المحكمين والمكونة من (21) فقرة، على عينة حجمها (48) مفحوصاً، تم اختيارها بالطريقة العشوائية من الذكور والإناث بمجتمع الدراسة الحالية، وبعد تصحيح الاستجابات قامت الباحثة برصد الدرجات وإدخالها في الحاسب الآلي، ومن ثم قامت الباحثة بالآتي:

1. **صدق الاتساق الداخلي للفقرات :**

لمعرفة صدق اتساق الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يوضح نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (19) يوضح معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب عند تطبيقه بمجتمع الدراسة الحالية.

| البند | الارتباط | البند | الارتباط | البند | الارتباط |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0,806 | 8 | 0,794 | 15 | 0,651 |
| 2 | 0,814 | 9 | 0,620 | 16 | 0,726 |
| 3 | 0,567 | 10 | 0,762 | 17 | 0,810 |
| 4 | 0,822 | 11 | 0,804 | 18 | 0,768 |
| 5 | 0,703 | 12 | 0,567 | 19 | 0,307 |
| 6 | 0,681 | 13 | 0,806 | 20 | 0,718 |
| 7 | 0,606 | 14 | 0,711 | 21 | 0,352 |

تلاحظ الباحثة من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباطات لجميع الفقرات موجبة الإشارة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، وهذا يعني أن جميع فقرات هذا المقياس تتمتع بصدق اتساق داخلي جيد، مع الدرجة الكلية للمقياس، بمجتمع الدراسة الحالية.

**2. معاملات الثبات :**

لمعرفة الثبات لدرجات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية بمقياس الاكتئاب بمجتمع الدراسة الحالية، قامت الباحثة بتطبيق معادلتي ألفا كرونباخ وسبيرمان - براون على بيانات العينة فبيّن هذا الإجراء النتائج المعروضة بالجدول التالي:

جدول رقم (20) يوضح نتائج معاملات الثبات للأبعاد الفرعية لمقياس الاكتئاب بمجتمع الدراسة الحالية.

| معادلة معامل الثبات | عدد الفقرات | معامل الثبات |
|---|---|---|
| **ألفا** | 21 | 0,954 |
| **سبيرمان - براون** | 21 | 0,921 |

تلاحظ الباحثة من الجدول السابق أن معاملات الثبات للدرجة الكلية للمقياس أكبر من (0.90) الأمر الذي يؤكد ملائمة هذا المقياس لقياس الاكتئاب لدى المفحوصين بمجتمع الدراسة الحالية.

## 12-3 تصميم البرنامج العلاجي المقترح:

لتصميم برنامج علاجي يتناسب مع مرضى القلب الذين يعانون من اضطربات نفسية اتبعت الباحثة الطريقة التالية:

أولاً: تحديد الاضطرابات النفسية التي يعاني منها مرضى القلب. وبعد الاطلاع على الدراسات السابقة التي تتعلق بهذا الموضوع والمواقع الالكترونية التي تناولت هذا الموضوع، بالإضافة إلى الرجوع إلى الإطار النظري لهذه الدراسة وخاصة المبحث الثالث الذي تناول عوامل الخطورة النفسية المؤهبة للأمراض القلبية، فقد تبين أن (القلق والاكتئاب) يعتبران من أكثر عوامل الخطورة المهمة في نشوء أمراض القلب عند الأصحاء كما أنهما من أكثر عوامل الخطورة المهمة في وفيات أمراض القلب، كما تبين أن (القلق والاكتئاب) يمكن ظهورهما بعد مرض القلب أو بعد جراحة القلب إذ أن مرض القلب يعتبر عامل خطورة مهم في ظهور أعراض (القلق والاكتئاب). ومن ذلك يتضح (علاقة القلق والاكتئاب) بأمراض القلب، وأن القلق والاكتئاب متلازمان مع الأمراض القلبية. لذلك تم تحديد (القلق والاكتئاب) كمتغيرين معنيان بالدراسة ومن

ثم اتجهت الباحثة لتصميم برنامج علاجي يهدف إلى خفض درجتي (القلق والاكتئاب) لدى مرضى القلب.

ثانياً: اطلاع الباحثة على أمهات الكتب والمراجع والمواقع الالكترونية التي تتحدث وتتناول بالتفصيل العلاج النفسي وأساليبه حتى تتمكن من إختيار أفضل أساليب العلاج النفسي التي تساعد على خفض درجات (القلق والاكتئاب) والتي تم تحديدها مسبقاً كمتغيرين معنيان بالدراسة.

ثالثاً: قامت الباحثة بتصميم مقترح برنامج علاجي يشتمل على أساليب سلوكية لخفض درجات القلق وأساليب معرفية لخفض درجات الاكتئاب بالإضافة إلى أساليب العلاج النفسي الديني والعلاج النفسي الداعم.بعد ذلك قامت بعرضه على السيد الأستاذ الدكتور المشرف على الدراسة الذي أوصى ببعض التعديلات التي رأها مناسبة وبعد القيام بالتعديلات على البرنامج المصمم حسب توجيهات السيد المشرف على الدراسة قامت الباحثة بعرضه عليه مرة ثانية حيث اجاز البرنامج المقترح بعد التعديل ومنحها الموافقة على تطبيقه على مرضى القلب بالمستشفيات.

وفيما يلي عرض مفصل للبرنامج العلاجي المقترح وكيفية تنفيذه:

## 3-13 مفهوم البرنامج العلاجي:

ان البرنامج العلاجي المختار عبارة عن برنامج علمي مخطط ومنظم لتقديم مجموعة من أساليب التدخلات العلاجية النفسية لمرضى القلب داخل المستشفى بهدف مساعدتهم على خفض درجتي القلق والاكتئاب ، بحيث تقوم باعداده وتنفيذه الباحثة.

## 3-14 تعريف البرنامج العلاجي:

يعرف البرنامج العلاجي المختار بأنه عبارة عن مجموعة من أساليب التدخلات العلاجية النفسية، الموجهة، والمباشرة، والتي تقدم فردياً لمرضى القلب من قبل الباحثة، وذلك من أجل خفض درجتي القلق والاكتئاب لدى المرضى بنوعيهم (مرضى الجراحة، ومرضى الباطنية).

## 3-15 أهداف البرنامج العلاجي:

يهدف البرنامج العلاجي المختار إلى مجموعة من الأهداف العامة ومجموعة من الأهداف الخاصة وهي كما يلي:-

الأهداف العامة: تمثلت الأهداف العامة للبرنامج العلاجي في الآتي:-

1. التعرف على مرضى القلب مرتفعي القلق والاكتئاب في ضوء نتائج القياس.
2. خفض درجتي القلق والاكتئاب من خلال تنفيذ الأساليب العلاجية المختارة.

ولتحقيق ذلك تم وضع أهداف خاصة لكل جلسة علاجية من جلسات البرنامج.

الأهداف الخاصة: توجد أهداف خاصة لكل جلسة علاجية من جلسات البرنامج العلاجي وقد تمثلت في الآتي:

1. تدريب مرضى القلب على مهارات الاسترخاء العضلي العميق.
2. تدريب مرضى القلب على كيفية الاسترخاء باستحضاره ذهنياً.
3. تدريب مرضى القلب على مهارات التعامل مع المواقف المثيرة للقلق.
4. تدريب مرضى القلب على مهارات التعامل مع الأفكار المسببة للاكتئاب.
5. مساعدة مرضى القلب على تقبل مرضهم والرضاء بقضاء الله وقدره.
6. تقديم التعزيز المعنوي الفوري لمرضى القلب أثناء التحسن الذي يظهرونه

### 16-3 توصيف البرنامج العلاجي:

عدد الجلسات العلاجية: (10) جلسات علاجية تمثلت في الآتي:

**الجلسة الأولى**: جلسة الاعداد والتهيئة.

**الجلسة الثانية**: جلسة القيــاس القبلي.

**الجلسة الثالثة حتى التاسعة:** جلسات التدخل الرئيسي

**الجلسة العاشرة:** جلسة القياس البعدي.

المدى الزمني لتنفيذ الجلسات العلاجية:(3) أسابيع بواقع جلسة يوم بعد يوم حيث يخصص يوم للجلسة العلاجية واليوم التالي لأداء الواجبات المنزلية.

الفتــرة الزمنيـة للجلسـة العلاجية : تتراوح الفترة الزمنية للجلسة العلاجية بين (30- 45) دقيقة، وقد تم إختيار الفترة الصباحية لضمان اليقظة والانتباه.

مكــان تطبيـق الجلسـات العلاجية : لم يتوفر مكان خاص للباحثة لإجراء الجلسات العلاجية لذلك اضطرت الباحثة لإختيار الغرف والعنابر مكاناً لتطبيق الجلسات العلاجية.

وقد اضطرت الباحثة لإختيار الغرف والعنابر معاً لأن عدد المرضى بالمستشفى قليلاً. ولاستبعاد أثر الغرف من حيث الهدوء فقد تأكدت الباحثة أن العنابر بها هدوء تام حيث يمنع وجود المرافق بالعنابر ويوصي الطبيب بأن يبقى جوء العنابر هادئاً تماماً لأن مريض القلب يحتاج أن يبقى جو المكان الذي فيه سواءاً كان غرفة أم عنبر هادئاً تماماً وذلك لضمان تماثله للشفاء. ولاستبعاد أثر المرافق الذي يرافق المريض بالغرف تطلب الباحثة من المرافق أن يظل خارج الغرفة أثناء تطبيق الجلسات العلاجية.

### 17-3 الأساليب العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي:

تمثلت الأساليب العلاجية النفسية المستخدمة في البرنامج في الآتي:-

1. مهارات التعامل مع المواقف المثيرة للقلق(التحصين التدريجي المنظم).(ملحق رقم (9)).
2. مهارات التعامل مع الأفكارالمسببة للاكتئاب( إعادة البنية المعرفية). (ملحق رقم (10)).
3. مهارات الاسترخاء المنظم بنوعيه العضلي والدهني.(ملحق رقم ( 11) ).
4. العلاج النفسي الديني. (ملحق رقم (12) ).
5. التدعيم (تقديم التدعيم المعنوي فور ظهور السلـوك المطلـوب. ).(ملحـق رقـم (13)).

### 18-3 الخطوات الإجرائية للجلسلات العلاجية:

تتضمن كل جلسة من جلسات البرنامج العلاجي الخطوات التالية:-

1. بدء الجلسة بمراجعة وتلخيص للجلسة السابقة (عدا الجلسة الأولى).
2. مراجعة الواجب المنزلي المعطى في الجلسة السابقة.
3. تطبيق الأسلوب العلاجي المختار للجلسة.
4. تلخيص الجلسة واعطاء الواجب المنزلي.(ملحق رقم(5))

## 19-3 خطوات تنفيذ البرنامج العلاجي:

بعد اعداد البرنامج العلاجي وعرضه على الأستاذ الدكتور (المشرف على الدراسة) قامت الباحثة بزيارة لمستشفى السودان القومي للقلب (وهو المستشفى المختار لتطبيق الدراسة الميدانية) لمقابلة القائمين على أمر الموافقة على إجراء البحوث بالمستشفى وهم: 1.السيد/مدير قسم أمراض القلب كبار، 2. السيد/ المديــر الطبــي للمستشفى، 3.السيد/ المتيرون (رئيس السسترات).

وبعد أن منحت الباحثة الموافقة على إجراء الدراسة بالمستشفى (ملحق رقم(1))، قامت الباحثة بزيارة المستشفى مرة أخرى مع السيد الدكتور المشرف على الدراسة لمقابلة مدير قسم أمراض القلب كبار حيث شرح له السيد المشرف الهدف من تطبيق الدراسة وقد رحب السيد مدير قسم أمراض القلب كبار بفكرة تطبيق الدراسة النفسية على المرضى المقيمين بالمستشفى وكان متفائلاً جداً بنتائج الدراسة.وبعد ذلك شرعت الباحثة في تطبيق التدخلات العلاجية النفسية على مرضى القلب وفقاً للخطوات التالية:-

1. تم إختيار مجموعتين من أفراد عينة الدراسة (مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة) إختياراً عشوائياً. وقد شملت عينة الدراسة على مرضى القلب بنوعيهم (مرضى الباطنية، ومرضى الجراحة). وقد طبقت عليهم الدراسة بعد أن حولوا من وحدات العناية المركزة إلى أجنحة المستشفى الرئيسية وقبل مغادرتهم للمستشفى.
2. تم تحديد مجموعتي الدراسة على النحو التالي:-

**المجموعة التجريبية**: وهي المجموعة التي تتلقى أساليب التدخلات العلاجية النفسية بجانب العلاج الطبي والرعاية الطبية المعتادة في وحدات العناية بمرضى القلب .

**المجموعة الضابطة**: وهي المجموعة التي تتلقى العلاج الطبي والرعاية الطبية المعتادة فقط أي أنها المجموعة التي لا تتلقي أساليب التدخلات العلاجية النفسية خلال مرحلة علاجهم طبياً.

3. تم قياس مستوى القلق والاكتئاب للمجموعتين ( التجريبية والضابطة) قبل تطبيق التدخلات العلاجية النفسية على المجموعة التجريبية بواسطة (قائمة حالة وسمة القلق)، (وقائمة بيك للاكتئاب). ومن ثم تم تحديد مرضى القلب الذين يعانون من مستوى أكلنيكي للقلق والاكتئاب بوحدات العناية بمرضى القلب.
4. ثم تطبق التدخلات العلاجية النفسية على مرضى القلب(في المجموعة التجريبية) والإبقاء على (المجموعة الضابطة) بدون معالجة.
5. بعد انتهاء التجربة تم قياس مستوى القلق والاكتئاب للمجموعتين (التجريبية والضابطة) لمعرفة فيما إذا كانت هناك فروقاً دالة احصائياً لصالح المجموعة التجريبية أم لا. أي ايجاد العلاقة بين مستوى القلق والاكتئاب قبل تطبيق البرنامج وبعده لمعرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي المصمم في خفض درجتي القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب.

## 20-3 خطوات تنظيم العمل الميداني:

1. تم أخذ أسماء المرضى وأرقام غرفهم من استقبال وحدة العناية بمرضى القلب، بعد ذلك تم كتابة كل أسم مريض في ورقة صغيرة وتم طويها ووضعها في إناء ثم تم خلطها، بعد ذلك تم الإختيار العشوائي من الإناء، وبذلك يكون لكل مريض وضع أسمه ورقم غرفته في الإناء فرصة متساوية لإختياره كأحد أفراد العينة. وبهذه الطريقة تم الإختيار العشوائي والتعيين العشوائي للمجموعات.

2. بعد تعيين المجموعات (التجريبية والضابطة) لم يتم التعامل مع المرضى باسمائهم ولكن تم التعامل معهم بواسطة (الرموز) حيث تم تمييز المرضى في المجموعتين بإعطاء الذكور (أرقام).... (1، 2، 3، 4،......الخ) ترمز إليهم وإعطاء الإناث (حروف الأبجدية) .... (أ، ب، ج، د، ...... الخ) لتمييزهم، حيث يأخذ كل مريض ذكر رقم يرمز إليه وكل مريضة أنثى حرف أبجدي يرمز إليها وقامت الباحثة بتحفيظ كل مريض رمزه مع وضع ديباجة صغيرة عليها رمزه في سريره.

3. تم تجهيز (فايل) خاص لكل مريض في المجموعتين عليه رمزه ونوع مجموعته (تجريبية أم ضابطة) ونوع حالته (جراحة أم باطنية) ويوضع بداخل الفايل استمارة المعلومات الأولية الخاصة بالمريض والمقاييس القبلية التي طبقت عليه على أن يُضمن (فيما بعد) للفايل المقاييس البعدية وذلك بعد إجراء المعالجة على (المجموعة التجريبية) أو بعد مرور الزمن على (المجموعة الضابطة).

4. تم تقسيم العمل إلى عدد من المراحل:-

المرحلة الأولى:

في هذه المرحلة كان العدد الكلي لمرضى القلب المقيمون بأجنحة المستشفى الرئيسية بعد خروجهم من وحدة العناية المركزة (27) مريضاً. تم الإختيار العشوائي لعدد (20) مريضاً منهم. وتم تعيينهم عشوائياً إلى مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) حيث تم تعيين (10) مرضى للمجموعة التجريبية و (10) مرضى للمجموعة الضابطة. وبعد إجراء القياسات القبلية للقلق والاكتئاب تبين أن (9) مرضى من المجموعة التجريبية مرتفعي القلق والاكتئاب. و(7) مرضى من المجموعة الضابطة مرتفعي القلق والاكتئاب. وبذلك تم استبعاد المرضى الأخرين من مجموعتي الدراسة. بعد ذلك تم تقسيم المرضى في المجموعة التجريبية إلى مجموعتين مجموعة العمل في الأيام الزوجية (السبت- الاثنين- الأربعاء) وهؤلاء عددهم (5) مرضى ومجموعة العمل في الأيام الفردية (الأحد- الثلاثاء- الخميس) وهؤلاء عددهم (4) مرضى بعد ذلك بدء العمل التجريبي مع المجموعتين التجريبيتين مع الابقاء على المجموعة الضابطة بدون معالجة (ملحق رقم (14)).

المرحلة الثانية:

في هذه المرحلة كان العدد الكلي للمرضى المقيمون بأجنحة المستشفى الرئيسية بعد استبعاد الحالات التي تم العمل معها في المرحلة الأولى والذين كانوا لا يزالون يقيمون بالمستشفى (18) مريض. تم الإختيار العشوائي لعدد (15) مريضاً منهم. وتم تعينهم عشوائياً إلى مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) حيث تم تعيين (8) مرضى للمجموعة التجريبية و(7) مرضى للمجموعة الضابطة. وبعد إجراء القياسات القبلية والبعدية للقلق والاكتئاب تبين أن (6) مرضى من المجموعة التجريبية مرتفعى القلق والاكتئاب. وأن (7) مرضى والذين تشملهم المجموعة الضابطة مرتفعي القلق والاكتئاب. وبذلك تم استبعاد المرضى الاثنين الأخرين من المجموعة التجريبية. وبعد ذلك تم تقسيم المرضى في المجموعة التجريبية إلى مجموعتين مجموعة العمل في الأيام الزوجية وعددهم (3) مرضى ومجموعة العمل في الأيام الفردية وعددهم (3) مرضى. بعد ذلك بدء العمل مع المجموعتين التجريبيتين مع الإبقاء على المجموعة الضابطة بدون معالجة( ملحق رقم (14)).

المرحلة الثالثة:

في هذه المرحلة كان عدد المرضى المقيمون بأجنحة المستشفى الرئيسية بعد استبعاد الحالات التي تم العمل معها والتي كانت لا تزال تقيم بالمستشفى (29) مريضاً. تم الإختيار العشوائي لعدد (25) مريضاً منهم وتم تعينهم عشوائياً إلى مجموعتي الدراسة التجريبية

والضابطة حيث تم تعيين (15) مريضاً للمجموعة التجريبية و(10) مرضى للمجموعة الضابطة وبعد إجراء القياسات القبلية للقلق والاكتئاب تبين أن (11) مريضاً من المجموعة التجريبية مرتفعي القلق والاكتئاب . وأن (6) مرضى من المجموعة الضابطة مرتفعي القلق والاكتئاب. وبعد ذلك تم استبعاد الحالات الأخرى من المجموعتين. بعد ذلك تم تقسيم المرضى في المجموعة التجريبية إلى مجموعة العمل في الأيام الزوجية وعددهم (6) مرضى ومجموعة العمل في الأيام الفردية وعددهم (5) مرضى. بعد ذلك بدأ العمل مع المجموعتين التجريبيتين مع ابقاء المجموعة الضابطة بدون معالجة ( ملحق رقم (14)).وبنهاية هذه المرحلة كان قد بلغ عدد المرضى في المجموعة التجريبية التي تم تطبيق التدخلات عليها (26) مريضاً. وعدد المرضى في المجموعة الضابطة التي تم ابقائها بدون معالجة (20) مريضاً.

## 21-3 خلاصة العمل التجريبي:

يمكن إيجاز ما تم انجازه خلال فترة تطبيق البرنامج العلاجي بالمستشفى في النقاط التالية:

1. بدأ العمل التجريبي يوم الجمعة الموافق 2009/6/12م، حيث توجهت الباحثة إلى استقبال وحدة العناية بمرضى القلب وأخذت منه جميع أسماء المرضى المقيمين بالمستشفى بوحدات العناية بهم (مرضى الجراحة- ومرضى الباطنية) بعد خروجهم من وحدات العناية المركزة وتحويلهم إلى أجنحة المستشفى الرئيسية. بعد ذلك قامت بعملية الإختيار العشوائي والتعيين العشوائي للمجموعات. وبذلك تم إختيار مجموعتين من أفراد عينة الدراسة (مجموعة تجريبية – ومجموعة ضابطة) من مجموع مرضى القلب المقيميين بوحدات العناية بهم.
2. بدأت الجلسات الأولى (جلسات الإعداد والتهيئة) في يوم السبت الموافق 2009/6/13م، تلت ذلك الجلسات الثانية (جلسات القياس القبلي) حيث تم قياس مستوى القلق والاكتئاب للمجموعتين (التجريبية- والضابطة) بواسطة قائمة حالة وسمة القلق وقائمة بيك للاكتئاب، لتحديد مرضى القلب الذين يعانون من مستوى أكلنيكي لقلق والاكتئاب. ثم تم استبعاد الحالات التي أظهرت نتائج القياس القبلي أنها لا تعاني من درجات مرتفعة من القلق والاكتئاب.
3. طبقت التدخلات العلاجية النفسية على مرضى القلب في المجموعة التجريبية ممن يعانون من مستوى أكلنيكي للقلق والاكتئاب مع ابقاء الأفراد في المجموعة الضابطة بدون معالجة تجريبية حيث تركت فقط لتتلقى الرعاية الطبية المعتادة.
4. أنتهى تطبيق الدراسة التجريبية في يوم الخميس الموافق 2009/8/20م، وبذلك استمر تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية مدة (10) أسابيع بواقع (3) أسابيع للمجموعة الواحدة وهي المدة اللازمة لتطبيق البرنامج.
5. تم قياس مستوى القلق والاكتئاب (قياساً بعدياً للمجموعتين (التجريبية- والضابطة) وذلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية ومرور الزمن على المجموعة الضابطة مع ابقائها بدون معالجة تجريبية أثناء فترة علاجها طبياً. وهذا يعني انه بعد إنتهاء التجربة يطبق اختباراً بعدياً على أفراد المجموعتين (التجريبية- والضابطة) لمعرفة فيما إذا كانت هناك فروقاً دالة احصائياً لصالح المجموعة التجريبية أم لا. والهدف من ذلك ايجاد العلاقة بين مستوى القلق والاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده لتحديد مدى فاعلية البرنامج العلاجي المصمم في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب.
6. بلغ حجم المجموعتين (التجريبية- والضابطة) ، (46) مريضاً من جملة (60) مريضاً بواقع (26) مريضاً من جملة (33) مريضاً في المجموعة التجريبية (14 ذكور- 12 إناث) و (20) مريضاً من جملة (27) مريضاً في المجموعة الضابطة (11 ذكور- 9 إناث). وقد استندت الباحثة في تحديد حجم المجموعات إلى عدد من أمهات المراجع والكتب وهي

(ابوعلام،2001)، (ملحم،2002)، (عدس، 2004)، (عودة وملكاوي، 1992) فقد اشار (ابوعلام،2001) إلى أنه يمكن اختيار (20) فرداً في كل مجموعة ويمكن القول أن (20) فرداً عدداً كافياً لقياس الفروق بين المجموعات وهذا يمكن اعتباره واخذه كقاعدة عامة في تحديد حجم المجموعات في البحوث التجريبية حيث يمكن الثقة في النتائج بشكل أكبر إذا ارتفع عدد أفراد كل مجموعة إلى (20) فرداً. أما (ملحم،2002) فقد أكد أن (15) فرداً يعد عدداً كافياً لكل مجموعة من مجموعات (البحوث التجريبية) حتى يمكن افتراض التكافؤ الإحصائي بين المجموعات. كما أكد (عدس،2004) أن (15) فرداً يعد حجماً مقبولاً للمجموعة التجريبية في التصميم التجريبي. وفيما سبق أكد ذلك (عودة وملكاوي،1992) حيث اشارا إلى أن (15) فرداً يعد عدداً كافياً لكل مجموعة من مجموعات البحوث التجريبية كما أنه عدد غير مرهق في نفس الوقت من حيث الجهد والوقت والتكاليف.

7. بلغ عدد الجلسات العلاجية (256) جلسة بواقع (10) جلسات لكل مريض في العينة التجريبية، عدا الحالتين (حالة رقم(6))، و(حالة رمز (ح)) حيث لم تكملا الجلسات العلاجية العشرة وأكملتا (8) جلسات بدلاً عن (10) جلسات وتم تطبيق القياسات البعدية للقلق والاكتئاب وإنهاء البرنامج العلاجي معها في نهاية الجلسة الثامنة. وقد كان ذلك بسبب أن الباحثة عندما توجهت لهتين الحالتين لتطبيق الجلسة العلاجية الثامنة (كل على حدا)، تفأجئت بقرار الطبيب المختص خروج هاتين الحالتين من المستشفى نسبة لتحسن الوضع الصحي وطمأنته. لذلك اضطرت الباحثة لإنهاء الجلسات العلاجية وتوديع المريض.أما الحالة رقم (7) والحالة رمز (ب) والحالة رمز (د) فقد تم تكثيف العمل معها في الأسبوع الثاني لتطبيق الجلسات بواقع جلسة يومياً بدلاً عن يوم بعد يوم وذلك لتحسن الوضع الصحي لهذه الحالات المرضية وتوافرت لدى الباحثة أدلة باحتمالات خروج هذه الحالات من المستشفى قبل أن تكمل الجلسات العلاجية التي تتطلب ثلاثة أسابيع لتطبيقها لذلك اضطرت الباحثة بعد أخذ رأي هذه الحالات وموافقتهم إلى أن تقابلهم يومياً لتطبيق الجلسات العلاجية وذلك لضمان عدم تساقطهم من العينة المختارة. وبحمد الله توفقت الباحثة في اكمال الجلسات العلاجية العشرة على الثلاث حالات قبل خروجهم من المستشفى.
8. وأخيراً اضطرت الباحثة لتختم عملها التجريبي في المستشفى بنهاية الجلسات التي طبقت على المجموعة التجريبية في المرحلة الثالثة من تطبيق العمل التجريبي وذلك بأمر من المدير الطبي بالمستشفى الذي أوضح للباحثة أنها قضت فترة شهرين بالمستشفى لتطبيق الدراسة وهذه من وجهة نظره فترة كافية للسماح لها بتطبيق الدراسة، وتوضيحه أنه قد منح الموافقة لدراستين اخريتين من جامعات أخرى بتطبيق دراستها بالمستشفى بعد أن تكمل الباحثة عملها التجريبي مع المرضى. قدمت الباحثة شكرها وامتنانها لإدارة المستشفى ولكل من تعاون معها في انجاز هذا العمل التجريبي، وبالفعل قدم المدير الطبي للمستشفى شُكره وامتنانه للدارسة وشُكر ادارة المستشفى لما قدمته لمرضاهم، آملاً أن ينظر فيما بعد إلى ضرورة وجود وحدة بالمستشفى تعنى بأمر الصحة النفسية والعلاج النفسي وتقديم العون والاستشارة النفسية لمرضى القلب.

## 3-22 أساليب المعالجة الإحصائية:

تم تحليل بيانات الدراسةالحالية بواسطة الحاسب الآلي وباستخدام الحزمةالإحصائية (statistical package of social sciences) (SPSS) حيث تمت معالجة البيانات بإتباع الأساليب الاحصائية التالية:

1. معادلة الفاكرونباخ.
2. معادلة سبيرمان- براون.
3. اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين.

4. اختبار (ت) للأزواج المرتبطة.
5. اختبار مربع كاي (كا$^2$)
6. معامل ارتباط الرتب لسبيرمان.
7. معامل الارتباط العزمي لبيرسون.
8. معامل الارتباط الثنائي الاصيل.
9. تحليل التباين الأحادي.

# الفصـــل الرابـــع

# عرض نتائج الدراسة

# الفصل الرابع
# 4- عرض نتائج الدراسة

## 4-1 تمهيد:

يتناول هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الباحثة من خلال اختبار فروض الدراسة، متناولة نص الفرض، وكيفية معاملته احصائياً، ثم عرض النتائج في جدول والتعليق عليها.

## 4-2 عرض نتائج الفرض الأول:

للتحقق من صحة الفرض الأول من فروض الدراسة الحالية والذي نصه: **(تؤدي أساليب التدخل العلاجي النفسي إلى خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب )**، قامت الباحثة بإجراء اختبار (ت) مرتين؛ الأولى للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، والثانية للأزواج المرتبطة بين القياسين القبلي والبعدي داخل المجموعة التجريبية، والجدولان التاليان يوضحان نتائج هذه الإجراءات:

جدول رقم ( 21) يوضح نتيجة اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في درجات القلق لدى مرضى القلب في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة

| المتغير | المجموعة | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (ت) المحسوبة | درجات الحرية | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **القلق كحالة** | **تجريبية** | 3,58 | 1,27 | 38,127 | 44 | 0,001 | **الفرق دال إحصائياً متوسط التجريبية أقلّ** |
| | **ضابطة** | 21,60 | 1,93 | | | | |
| **القلق كسمة** | **تجريبية** | 4,00 | 1,60 | 26,281 | 44 | 0,001 | **الفرق دال إحصائياً متوسط التجريبية أقلّ** |
| | **ضابطة** | 18,95 | 2,26 | | | | |

يتضح من الجدول السابق أن متوسط المجموعة التجريبية أقل من متوسط المجموعة الضابطة في القياس البعدي لمتغير (القلق كحالة). كما يتضح أيضاً أن متوسط المجموعة التجريبية أقل من متوسط المجموعة الضابطة في القياس البعدي لمتغير (القلق كسمة)، مما يدل على أن أساليب التدخل العلاجي النفسي تؤدي إلى خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب.

جدول رقم (22) يوضح نتيجة اختبار (ت) للأزواج المرتبطة لمعرفة دلالة الفروق في درجات القلق لدى مرضى القلب بالمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي

| المتغير | القياس | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (ت) المحسوبة | درجات الحرية | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| القلق كحالة | القبلي | 22,00 | 1,697 | 43,176 | 25 | 0,001 | الفرق دال إحصائياً متوسط البعدي أقلّ |
| | البعدي | 3,58 | 1,270 | | | | |
| القلق كسمة | القبلي | 19,81 | 2,367 | 26,572 | 25 | 0,001 | الفرق دال إحصائياً متوسط البعدي أقلّ |
| | البعدي | 4,00 | 1,600 | | | | |

يتضح من الجدول السابق أن متوسط القياس البعدي أقل من متوسط القياس القبلي لمتغير (القلق كحالة). كما يتضح أن متوسط القياس البعدي أقل من متوسط القياس القبلي لمتغير (القلق كسمة) مما يدل على أن أساليب التدخل العلاجي النفسي تؤدي إلى خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب.

## 3-4 عرض نتائج الفرض الثاني :

للتحقق من صحة الفرض الثاني من فروض الدراسة الحالية والذي نصه**:(تؤدي أساليب التدخل العلاجي النفسي إلى خفض مستوىالاكتئاب لدى مرضى القلب)**، قامت الباحثة بإجراء اختبار (ت) مرتين؛ الأولى للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، والثانية للأزواج المرتبطة بين القياسين القبلي والبعدي داخل المجموعة التجريبية، والجدولان التاليان يوضحان نتائج هذه الإجراءات:

جدول رقم (23) يوضح نتيجة اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في درجات الاكتئاب لدى مرضى القلب في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة

| المتغير | المجموعة | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (ت) المحسوبة | درجات الحرية | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الاكتئاب | تجريبية | 11,31 | 2,963 | 36,946 | 44 | 0,001 | الفرق دال إحصائياً متوسط التجريبية أقلّ |
| | ضابطة | 42,50 | 2,666 | | | | |

يتضح من الجدول السابق أن متوسط المجموعة التجريبية أقل من متوسط المجموعة الضابطة في القياس البعدي لمتغير (الاكتئاب) مما يدل على أن أساليب التدخل العلاجي النفسي تؤدي إلى خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى القلب.

جدول رقم (24) يوضح نتيجة اختبار (ت) للأزواج المرتبطة لمعرفة دلالة الفروق في درجات الاكتئاب لدى مرضى القلب بالمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي

| المتغير | القياس | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (ت) المحسوبة | درجات الحرية | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الاكتئاب | القبلي | 43,31 | 4,278 | 40,998 | 25 | 0,001 | الفرق دال إحصائياً متوسط البعدي أقلّ |
| | البعدي | 11,31 | 2,963 | | | | |

يتضح من الجدول السابق أن متوسط القياس البعدي أقل من متوسط القياس القبلي لمتغير(الاكتئاب) مما يدل على أن أساليب التدخل العلاجي النفسي تؤدي إلى خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى القلب.

## 4-4 عرض نتيجة الفرض الثالث:

للتحقق من صحة الفرض الثالث من فروض الدراسة الحالية والذي نصه:( **ترتبط فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بنوع الحالة طبياً (جراحة/ باطنية))**، قامت الباحثة بتطبيق معادلة معامل الارتباط الثنائي الأصيل، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (25) يوضح نتيجة معامل الارتباط الثنائي الأصيل لمعرفة دلالة علاقة الارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب ونوع الحالة طبياً(جراحة/ باطنية)(ن= 26)

| فاعلية أساليب التدخل في خفض | الوسط الحسابي تبعا للحالة الطبية | | الانحراف المعياري للمجموعتين معاً | معامل الارتباط الثنائي الأصيل | القيمة الاحتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | جراحة | باطنية | | | | |
| القلق كحالة | 19,42 | 17,57 | 2,176 | 0,423 | 0,028 | توجد علاقة ارتباط دالة |
| القلق كسمة | 15,08 | 16,43 | 3,033 | 0,221 | 0,268 | لا توجد علاقة ارتباط |
| الاكتئاب | 32,67 | 31,43 | 3,980 | 0,155 | 0,440 | لا توجد علاقة ارتباط |

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كحالة) ونوع الحالة طبياً (جراحة/ باطنية)حيث وجدت علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كحالة) وكون نوع الحالة للمريض الطبية (جراحة)، بينما لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كسمة) ونوع الحالة طبياً (جراحة/ باطنية) كما أنه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (الاكتئاب) ونوع الحالة طبياً (جراحة/ باطنية).

## 5-4 عرض نتيجة الفرض الرابع:

للتحقق من صحة الفرض الرابع من فروض الدراسة الحالية والذي نصه: **(ترتبط فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بجنس الفرد (ذكر/ أنثى))**، قامت الباحثة بتطبيق معادلة معامل الارتباط الثنائي الأصيل، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (26) يوضح نتيجة معامل الارتباط الثنائي الأصيل لمعرفة دلالة علاقة الارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب وجنس الفرد (ذكر/ أنثى) (ن = 26)

| فاعلية أساليب التدخل في خفض | الوسط الحسابي تبعا لجنس الفرد | | الانحراف المعياري للمجموعتين معاً | معامل الارتباط الثنائي الأصيل | القيمة الاحتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ذكور | إناث | | | | |
| **القلق كحالة** | 18,79 | 18,00 | 2,176 | 0,181 | 0,369 | **لا توجد علاقة ارتباط** |
| **القلق كسمة** | 14,71 | 17,08 | 3,033 | 0,359 | 0,045 | **توجد علاقة ارتباط دالة** |
| **الاكتئاب** | 31,00 | 33,17 | 3,980 | 0,271 | 0,171 | **لا توجد علاقة ارتباط** |

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كحالة) لدى مرضى القلب وجنس الفرد (ذكر / انثى) بينما توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كسمة) لدى مرضى القلب وجنس الفرد (ذكر/ انثى) وجدت علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كسمة) لدى مرضى القلب وكون المريض (انثى). كما يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (الاكتئاب) لدى مرضى القلب وجنس الفرد (ذكر/ انثى).

## 6-4 عرض نتيجة الفرض الخامس :

للتحقق من صحة الفرض الخامس من فروض الدراسة الحالية والذي نصه: **( ترتبط فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بمستويات العمر)،** قامت الباحثة بتطبيق معادلة معامل ارتباط الرتب لسبيرمان، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (27) يوضح معاملات ارتباط الرتب لسبيرمان لمعرفة دلالة الارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب مع مستويات العمر (ن = 26).

| فاعلية أساليب التدخل في خفض | قيمة معامل الارتباط مع مستويات العمر | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|
| **القلق كحالة** | 0,273- | 0,089 | **علاقة الارتباط غير دالة** |
| **القلق كسمة** | 0,166 | 0,209 | **علاقة الارتباط غير دالة** |
| **الاكتئاب** | 0,026- | 0,450 | **علاقة الارتباط غير دالة** |

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كحالة) لدى مرضى القلب ومستويات العمر. كما أنه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كسمة) لدى مرضى القلب ومستويات العمر. كما يتضح أيضاً أنه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (الاكتئاب) لدى مرضى القلب ومستويات العمر.

## 7-4 عرض نتيجة الفرض السادس :

للتحقق من صحة الفرض السادس من فروض الدراسة الحالية والذي نصه:**(ترتبط فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بالمستوى التعليمي)**، قامت الباحثة بتطبيق معادلة معامل ارتباط الرتب لسبيرمان، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (28) يوضح معاملات ارتباط الرتب لسبيرمان لمعرفة دلالة الارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب مع المستوى التعليمي (ن = 26).

| فاعلية أساليب التدخل في خفض | قيمة معامل الارتباط مع المستوى التعليمي | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|
| **القلق كحالة** | 0,034 | 0,435 | **علاقة الارتباط غير دالة** |
| **القلق كسمة** | 0,212- | 0,149 | **علاقة الارتباط غير دالة** |
| **الاكتئاب** | 0,172- | 0,200 | **علاقة الارتباط غير دالة** |

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كحالة) لدى مرضى القلب والمستوى التعليمي للفرد. كما انه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كسمة) لدى مرضى القلب والمستوى التعليمي للفرد. ويتضح أيضاً أنه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (الاكتئاب) لدى مرضى القلب والمستوى التعليمي للفرد

## 8-4 عرض نتيجة الفرض السابع :

للتحقق من صحة الفرض السابع من فروض الدراسة الحالية والذي نصه:

**(ترتبط فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب ومدة الاصابة بالمرض)**، قامت الباحثة بتطبيق معادلة معامل الارتباط العزمي لبيرسون، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (29) يوضح معاملات الارتباط العزمي لبيرسون لمعرفة دلالة الارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب مع مدة الاصابة بالمرض (ن = 26).

| فاعلية أساليب التدخل في خفض | قيمة معامل الارتباط مع مدة الاصابة بالمرض | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|
| **القلق كحالة** | 0,019 | 0,463 | **علاقة الارتباط غير دالة** |
| **القلق كسمة** | 0,323 | 0,054 | **علاقة الارتباط غير دالة** |
| **الاكتئاب** | 0,185- | 0,183 | **علاقة الارتباط غير دالة** |

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كحالة) لدى مرضى القلب ومدة الاصابة بالمرض، كما أنه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية اساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كسمة) لدى مرضى القلب ومدة الاصابة بالمرض. ويتضح أيضاً أنه لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (الاكتئاب) لدى مرضى القلب ومدة الاصابة بالمرض.

## 9-4 عرض نتيجة الفرض الثامن :

للتحقق من صحة الفرض الثامن من فروض الدراسة الحالية والذي نصه:

**(توجد فروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب باختلاف الحالة الاجتماعية)**، قامت الباحثة بإجراء تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يبيّن نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم (30) يوضح نتيجة تحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب باختلاف الحالة الاجتماعية.

| فاعلية أساليب التدخل | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | النسبة الفائية | قيمة احتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| القلق كحالة | بين مجموعات | 10,084 | 2 | 5,042 | 1,071 | 0,359 | الفروق بين المتوسطات غير دالة إحصائيا |
| | داخل مجموعات | 108,262 | 23 | 4,707 | | | |
| | الكلي | 118,346 | 25 | | | | |
| القلق كسمة | بين مجموعات | 46,491 | 2 | 23,245 | 2,913 | 0,075 | الفروق بين المتوسطات غير دالة إحصائيا |
| | داخل مجموعات | 183,548 | 23 | 7,980 | | | |
| | الكلي | 230,038 | 25 | | | | |
| الاكتئاب | بين مجموعات | 70,667 | 2 | 35,333 | 2,498 | 0,104 | الفروق بين المتوسطات غير دالة إحصائيا |
| | داخل مجموعات | 325,333 | 23 | 14,145 | | | |
| | الكلي | 396,000 | 25 | | | | |

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كحالة) لدى مرضى القلب باختلاف الحالة الاجتماعية. كما أنه لا توجد فروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كسمة) لدى مرضى القلب باختلاف الحالة الاجتماعية. ويتضح أيضاً أنه لا توجد فروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في (خفض الاكتئاب) لدى مرضى القلب باختلاف الحالة الاجتماعية.

# الفصـــل الخامس

# مناقشة وتفسير النتائج

# الفصل الخامس
## 5- مناقشة وتفسير النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى تقويم فاعلية التدخلات العلاجية النفسية التي تضمنت (العلاج السلوكي المعرفي، العلاج النفسي الديني، العلاج النفسي التدعيمي) في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب.

وقد أتضح من عرض نتائج الفرض الأول جدول رقم (21) وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، وهذا ما يحقق صدق الفرض ويؤكد فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب.كما اتضح من عرض نتائج الفرض الأول جدول رقم (22) وجود فروق بين القياس البعدي والقياس القبلي لمتغير القلق ، فقد تبين أن متوسط القياس البعدي أقل من متوسط القياس القبلي. وهذا ما يحقق صدق الفرض ويؤكد فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب.

فقد أظهرت نتائج الدراسة أن التدخلات العلاجية النفسية التي طبقت على المجموعة التجريبية (مجموعة المعالجة) قد أدت إلى خفض مستويات القلق مما يؤكد أن هذه التدخلات العلاجية النفسية فعالة في خفض القلق وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن اجراء تدخل علاجي يتضمن تدريباً على ممارسة تمارين الاسترخاء بالإضافة إلى تدخل يتضمن أسلوب التحصين التدريجي المنظم مفيد وفعال في خفض درجات القلق لدى مرضى القلب إذ أن هذه التدخلات العلاجية السلوكية البسيطة قد أدت إلى تحسن ملحوظ في مستويات القلق لدى مجموعة المعالجة مقارنة بالمجموعة الضابطة. فلأجل إزالة القلق أو إضعافه يتم تدريب المريض على ممارسة تمارين الاسترخاء حيث استخدم استرخاء العضلات وفقاً للبرنامج العلاجي المقترح كأسلوب علاجي مستقل وكإحدى الخطوات العلاجية لأسلوب التحصين التدريجي المنظم، حيث نجد أن استرخاء العضلات هو أسلوب علاجي في حد ذاته وقد استعمل أيضاً في ارتباط مع أسلوب التحصين التدريجي المنظم أو ما يسمى بإزالة الحساسية.كما أن أسلوب استدعاء الإسترخاء أو إستحضار الإسترخاء ذهنياً مكن المريض من أن يصبح الإسترخاء لديه مهارة تقبل التعميم في كل المواقف المثيرة للقلق بشكل حقيقي ومن ثم يمكنه استخدام الإسترخاء العضلي حيثما كان ومهما كانت الظروف المحيطة به.

وبالإضافة إلى أسلوب الإسترخاء العضلي المنظم نجد أن طريقة التحصين التدريجي المنظم أو ما يسمى بالتخلص المنظم من الحساسية ( عن طريق التخيل أي إستحضار الصور الذهنية للمنبه الذي سبب القلق للمريض) وهي أحدى الأساليب العلاجية المتبعة في البرنامج العلاجي المقترح والتي تعتبر من أساليب العلاج السلوكي الرئيسية، فقد كانت هذه الطريقة وسيلة مهمة لمساعدة المرضى في التغلب على استجابات القلق. إذ أن التعرض المستمر والمتوالي للمواقف التي تسبب القلق يغير من اتجاهات المريض نحو هذه المواقف وذلك يرجع إلى أن طريقة التعويد التدريجي تقوم على مبدأ: تشجيع الفرد على مواجهة مواقف القلق والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف وذلك من خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق من خلال احداث استجابات معارضة لهذا القلق اثناء عرض كل درجة منه إلى ان يفقد هذا الموقف تماماً خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد إلى أن تلغى العلاقة بين المنبه والاستجابة (القلق).

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة التي أكدت على فاعلية التدخلات العلاجية النفسية التي تضمنت تمارين الاسترخاء وأسلوب التحصين التدريجي المنظم في خفض القلق لدى مرضى القلب مع نتائج دراسة عرقسوسي (1992) التي خلصت إلى أن الاسترخاء والعلاج الديني فعالان في

علاج مرضى القلب. ودراسة عبد المجيد (1994) التي خلصت إلى أن الاسترخاء والعلاج الديني فعالان في علاج مرضى الربو الشعبي. ودراسة عبد الباقي (2002) والتي خلصت إلى أن الاسترخاء والعلاج الديني فعالان في خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب.كما اتفقت نتائج هذه الدراسة التي أكدت على فاعلية التدخلات العلاجية النفسية في خفض القلق لدى مرضى القلب مع نتائج دراسة كل من توماس وزملاؤه (2001) التي توصلت إلى أن إجراء تدخلاً علاجياً نفسياً يتضمن تدريباً على تدبر القلق مفيداً في خفض القلق لدى مرضى القلب، ودراسة سالي ومارك وكريستوفر (2002) التي أظهرت نتائجها أن هنالك تحسن ملحوظ في مستويات القلق لدى مجموعة التدخل العلاجي الذي تضمن تدريباً على تدبر القلق مقارنة بالمجموعة الضابطة ودراسة كل من بورجيس (1999) ودراسة كورتس (2000) ودراسة مازيكا وزملاؤه (1999) ودراسة لينز وارنسون (2000) ودراسة تومسون وميدس (2001) ودراسة براينت وزملاؤه (2001) ودراسة ديروبيز وزملاؤه (2002) التي اظهرت نتائجها جميعاً إن إجراء التدخلات العلاجية النفسية التي تشتمل على العلاج السلوكي المعرفي والارشاد العلاجي فعالة ومفيدة في خفض القلق لدى مرضى القلب، كما أنها فعالة في تحسن المسار الاكلنيكي للأمراض القلبية .

ونشير أخيراً إلى أن نتائج هذه الدراسة قد اظهرت أن هناك تحسن ملحوظ في مستويات القلق لدى مجموعة التدخل العلاجي مقارنة بالمجموعة الضابطة وأن اتحاد أسلوب الاسترخاء مع أسلوب التحصين التدريجي المنظم فعال في خفض مستويات القلق لدى مرضى القلب حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مجموعة التدخل العلاجي قد استفادت من العلاج السلوكي مقارنة مع المجموعة الضابطة. كما يمكن القول أن أساليب التدخلات العلاجية النفسية قد اعتمدت في تحقيق نجاحهما في خفض القلق على عوامل أخرى وهما العلاج النفسي الديني والعلاج النفسي التدعيمي.

اتضح من عرض نتائج الفرض الثاني جدول رقم (23) وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية ، وهذا ما يحقق صدق الفرض ويؤكد فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى القلب.كما اتضح من عرض نتائج الفرض الثاني جدول رقم (24) وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لمتغير الاكتئاب، فقد تبين أن متوسط القياس البعدي أقل من متوسط القياس القبلي، وهذا ما يحقق صدق الفرض ويؤكد فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى القلب.

ولما كان الاكتئاب نتاج للتفكير الخاطيء عند الشخص فإن أسلوب إعادة التنظيم المعرفي كان من شأنه تصحيح التفكير الخاطيء عند المريض، فالعلاج المعرفي يسلم بأن الاكتئاب يعتمد إلى حد كبير على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن مرضه وعن البيئة المحيطة به كما تعتبر المتغيرات الحاسمة التي تم التدخل العلاجي لتعديلها أو إزالتها تماماً وبذلك أصبح الاسلوب العلاجي المعرفي فعالاً، فقد تضمن العلاج المعرفي التحاور مع المريض بكل الضروب المنطقية من الحوار ليتبين الجانب الخاطيء في تفكيره ودفعه مباشرة إلى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقها ، والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الاقناع ساعد المريض على أن يكتشف أن طرق تفكيره السابقة لم تعد تجدي.إن العلاج النفسي المعرفي الذي يعتمد على فكرة أن الفرد لا يضطرب من الاشياء ولكن من الآراء التي يحملها عنها، يسلم بأن الاكتئاب يعتمد على وجود اضطراب في طرق التفكير وأن التغيير في هذه الطرق يصحبه تغيير في التوافق والسلوك، لذلك فقد ركزت التدخلات العلاجية المعرفية على تغيير هذه العمليات الذهنية من خلال توضيح العلاقة بين الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية والادراكات المشوهة وبين الحالة المزاجية والتقييم السلبي للذات والعالم. ومن خلال نقد تلك الافكار والمعتقدات الخاطئة وتعديلها بأخرى عقلانية ومنطقية ومن خلال مساعدة المريض على أن يفسر المواقف المشكلة والمسببة

لحزنه واكتئابه بوجهات نظر بديلة، وقد تم تحدي أو مواجهة الأفكار السلبية التي تضمنت عدداً من التشويهات بواسطة تحديد هذه التشويهات وتجنبها وبواسطة محاولة تقرير ما إذا كانت هناك حقيقة أية دلائل تؤيد الافكار السلبية وبواسطة جمع الدلائل ونقضها.وقد هدفت التدخلات العلاجية المعرفية إلى تغيير الاخطاء المعرفية بحيث تم تصحيح الواقع في نظر المريض وأصبح تفكيره منطقياً، وبذلك أصبح العلاج المعرفي أكثر فاعلية في خفض مستويات الاكتئاب لدى مرضى القلب.كما يمكن القول أن عمل واجبات منزلية تساعد المريض في التعرف على المعارف السلبية وكيفية الاستجابة لها قد دعمت أساليب التدخلات العلاجية النفسية المعرفية في تحقيق نجاحها في خفض الاكتئاب لدى مرضى القلب.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة التي أكدت على فاعلية أساليب التدخلات العلاجية النفسية التي تضمنت أسلوب اعادة التنظيم المعرفي أو ما يسمى باعادة البنية المعرفية في خفض الاكتئاب لدى مرضى القلب مع نتائج العديد من الدراسات مثل نتائج دراسة عبد المجيد (1997) التي خلصت إلى أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في علاج الاكتئاب . ودراسة عبد الباقي (2002) التي خلصت إلى أن الاسترخاء العضلي والعلاج الديني فعالان في تخفيف حدة الاكتئاب. كما اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة بورجيس (1999) التي خلصت إلى ان التدخلات العلاجية النفسية فعالة في خفض الاكتئاب لدى مرضى الشرايين التاجية. ودراسة كورتس (1999) التي خلصت إلى أن اتحاد العلاج السلوكي المعرفي والارشاد العلاجي يساعد على الشفاء من الاكتئاب لدى مرضى الشرايين التاجية. ودراسة مازيكا وزملاؤه (1999) التي اظهرت نتائجها أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في علاج الاكتئاب لدى مرضى القلب. كما اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة لينز وارنسون (2000) التي اظهرت أن التدخل العلاجي النفسي الذي يتضمن الارشاد العلاجي فعال في خفض الاكتئاب وفي خفض مترتبات الامراض القلبية. ودراسة تومسون وميدس(2001) التي خلصت إلى أن الارشاد العلاجي فعال في خفض الاكتئاب لدى مرضى القلب. ودراسة براينت وزملاؤه (2001) التي خلصت إلى أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في علاج الاكتئاب لدى مرضى القلب ودراسة توماس وزملاؤه (2001) التي أوضحت نتائجها أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في علاج الاكتئاب عند مرضى الاحتشاء القلبي. ودراسة ديروبيز وزملاؤه (2002) التي اظهرت نتئاجها أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في علاج الاكتئاب لدى مرضى القلب . ودراسة جامعة ايموري- أطلنطا (2004) التي اظهرت أن العلاج من الاكتئاب بكل أشكاله يؤدي إلى تقليل خطر الاصابة بأمراض القلب. وقد خلصت هذه الدراسات جميعها إلى أن إجراء تدخلاً علاجياً يستهدف خفض الاكتئاب يساعد المرضى على تحفيز المواظبة على البرنامج العلاجي ويساعد في تحسن المسار الاكلنيكي للأمراض القلبية. كما خلصت إلى أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في علاج الاكتئاب لدى مرضى القلب.

ونشير اخيراً إلى أن نتائج هذه الدراسة قد أظهرت أن هناك تحسن ملحوظ في مستويات الاكتئاب لدى مجموعة التدخل العلاجي مقارنة بالمجموعة الضابطة وأن العلاج النفسي المعرفي الذي تضمن أسلوب إعادة التنظيم المعرفي أو ما يسمى بإعادة البنية المعرفية فعال في خفض مستويات الاكتئاب لدى مرضى القلب ، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مجموعة التدخل العلاجي قد استفادت من أسلوب اعادة التنظيم المعرفي مقارنة بالمجموعة الضابطة.كما يمكن القول بأن أساليب التدخلات العلاجية النفسية قد اعتمدت في تحقيق نجاحها في خفض الاكتئاب على عوامل أخرى وهي العلاج النفسي الديني والعلاج النفسي التدعيمي.

اتضح من عرض نتيجة الفرض الثالث جدول رقم (25) أن فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كحالة) ترتبط بنوع الحالة طبياً. بينما اظهرت النتائج ان فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كسمة) لا ترتبط بنوع الحالة طبياً. كما اظهرت النتائج

أن فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (الاكتئاب) لا ترتبط بنوع الحالة طبياً.وهذه النتائج تحقق صدق الفرض جزئياً.

وقد اظهرت نتائج الدراسة أن فاعلية التدخلات العلاجية النفسية قد ارتبطت بنوع الحالة طبياً في خفض القلق كحالة إذ أن النتائج اظهرت أن مرضى الجراحة قد استفادوا أكثر من التدخلات العلاجية مقارنة مع مرضى الباطنية. وتظهر نتائج الدراسة فاعلية التدخلات العلاجية في خفض القلق كحالة إذ انخفض القلق لدى المجموعتين (الجراحة والباطنية) ولكن مجموعة الجراحة قد انخفض القلق كحالة لديها بصورة أكثر من مجموعة الباطنية مما يؤكد أن مجموعة الجراحة قد استفادت أكثر من هذه التدخلات العلاجية وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى ان مرضى الجراحة مستوى حالة القلق لديهم كان مرتفعاً قبل التدخل العلاجي وفقاً لنتائج القياسات القبلية عندما كانوا يدركون أن الظروف التي يعايشونها بعد العملية الجراحية تعتبر مهددة لهم ولقد انخفض مستوى حالة القلق لديهم بعد التدخل العلاجي الذي ساهم مساهمة كبيرة في تغيير ادراكهم للمواقف المهددة على أنها ليست بالخطورة التي يتصورونها. وبعد أن استطاعوا أن يستبدلوا افكارهم السلبية باخرى ايجابية. وهذا يؤكد أن مرضى الجراحة هم بحاجة ماسة إلى مثل هذه التدخلات العلاجية حتي يغيروا من افكارهم ورؤيتهم السلبية لذواتهم ولمرضهم وللعالم . وفي واقع الأمر ليس منا من ينكر أهمية العملية الجراحية ولكن العملية الجراحية في حد ذاتها تعتبر حدثاً يثير درجات مرتفعة من القلق والاكتئاب قبل وبعد اجرائها، مما يستوجب التدخل العلاجي. ومن الشائع لدى المرضى أنهم يعتقدون في عدد من المفاهيم الخاطئة حول العملية الجراحية وحول حياتهم بعد العملية الجراحية مثل اعادة الادخال للمستشفى واعادة اجراء العملية الجراحية وقصر معدل الحياه بعد اجراء العملية وعدم مغادرة السرير والعجز البدني وعدم امكانية القيام بأي عمل أو أداء أي نشاطات تتطلب حركة بدنية، وزيادة مخاطر الاحداث القلبية، والموث الفجائي، وتدهور الصحة والتأثير على وظائف أعضاء الجسم الأخرى ونتيجة لذلك فإن الحالة النفسية للمرضى تزداد سوءاً، مما يؤدي إلى اخفاء الشفاء وتوطين القلق والاكتئاب وزيادة الخطر لنشوء مشاكل صحية أخرى وعليه فإن معرفة هذه المفاهيم الخاطئة والعمل على ازالتها واعطاء الدعم المطلوب يساعد على وضع طريقة ايجابية لسلوكهم ومزاجهم وصحتهم، ويجب أن يشجع المرضى على التفكير بطريقة عقلانية وقد لعبت أساليب التدخلات العلاجية المقترحة دوراً جوهرياً في المساعدة على ذلك.

وقد برهنت نتائج هذه الدراسة على أن المرضى الذين من الممكن أن يستفيدوا من هذه التدخلات العلاجية النفسية هم مرضى الجراحة والباطنية معاً فبإختلاف حالتهم الطبية قد برهنت نتائج القياسات البعدية على أن التدخلات العلاجية فعالة في خفض القلق والاكتئاب لديهم وقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة أليزابيث وآناستازيا (2002) التي اظهرت نتائجها أن هناك تحسن ملحوظ في درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بعد اجراء العملية الجراحية وان العلاج السلوكي المعرفي فعال في خفض القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب قبل وبعد اجراء العملية الجراحية.

نخلص من ذلك إلى أن نتائج هذه الدراسة تمثل دعماً قوياً يؤكد أن التدخلات العلاجية النفسية التي تستهدف خفض القلق والاكتئاب لا تؤدي فقط إلى خفض هذه الاستجابات الانفعالية لدى مرضى الباطنية بل تؤدي أيضاً إلى خفض القلق كحالة لدى مرضى الجراحة إذ أن الاسترخاء يلعب دوراً كبيراً في تخفيف حدة القلق والعلاج الديني يساعد ايضاً على تخفيف حدة القلق كما ان تغيير افكار المريض السلبية يساعد على تخفيف حدة القلق هذا بالإضافة إلى أن أساليب التدخلات العلاجية النفسية التي يصحبها دعم علاجي نفسي تساعد على تخفيف حدة القلق لدى مرضى جراحة القلب.

اتضح من عرض نتيجة الفرض الرابع جدول رقم (26) إن فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي قد ارتبطت بجنس الفرد في خفض القلق كسمة بينما لم ترتبط بجنس الفرد في خفض القلق

كحالة. وبالمثل لم ترتبط بجنس الفرد في خفض حدة الاكتئاب.وهذه النتائج تحقق صدق الفرض جزئياً.أظهرت نتائج الدراسة أن فاعلية التدخلات العلاجية النفسية في خفض القلق كسمة قد ارتبطت (بكون المريض أنثى) فقد استفادت الأنثى من التدخلات العلاجية في خفض القلق كسمة بصورة أكبر من انخفاض القلق كسمة لدى الذكر وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الأنثى كانت حريصة بصورة أكبر من الذكر على الاستفادة من التدخلات العلاجية وكان تفاعلها وتجاوبها مع الباحثة بصورة اكبر من الذكرحيث تعاني المريضة الأنثى شعوراً بالخسران فيما يتعلق بحياتها ومطامحها وجاذبيتها وقدرتها البدنية ومكانتها وسط الاسرة والمجتمع ويتملكها الخوف من هجر الأسرة والأصدقاء وهجر الزوج، وفقدان الأمان الأسري والاجتماعي، وتعاني كذلك من فقدانها لحسن المظهر وفقدانها القدرة على تحقيق نجاحات جديدة في مجال العمل أو في الاسرة والمجتمع ، كما تعاني الأنثى المريضة الحزن الذي يبعثه فيها أفراد الأسرة والأحباء والأصدقاء المقربون الذين كثيراً ما يساندونها ويقومون برعايتها من يوم إلى يوم ويراقبون انحدار صحتها، وكل ما سبق ذكره قد يعاني منه المريض الذكر بنفس القدر كما أن التأثير المرضي في حالة المريض الذكر بنفس الدرجة إلا أن النتائج قد اظهرت أن الأنثى قد استفادت من التدخلات العلاجية في خفض القلق كسمة بصورة أكبر من الذكر وهذا يؤكد على أن الأنثى قادرة على أحداث تغييرات في حياتها وفي أفكارها وأنها قادرة على ان تساهم مع المعالج النفسي في مواجهة مشكلتها الصحية وأنها قادرة على أن تفهم أبعاد الاضطراب النفسي وخطورته وهذا ما ساعدها على تحقيق التوافق الصحيح والتخفيف من حدة القلق التي كانت تعاني منه قبل التدخل العلاجي.

اتضح من عرض نتيجة الفرض الخامس جدول رقم (27) أن فاعلية أساليب التدخلات العلاجية النفسية في خفض القلق (كحالة) والقلق (كسمة) بالإضافة إلى خفض (الاكتئاب) لم ترتبط بمستويات العمر وهذا ما ينفي صحة الفرض.ونشير هنا إلى أن مرضى القلب بمختلف مستوياتهم العمرية قد استفادوا من هذه التدخلات العلاجية . وذلك يعني أن جميع أفراد المجموعة التجريبية بمختلف اعمارهم قد استفادوا من البرنامج العلاجي المقترح بنفس القدر ولم تتميز فئة عمرية محددة على بقية الفئات العمرية في خفض مستويات القلق والاكتئاب. وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن مريض القلب بحاجة ماسة إلى مثل هذه التدخلات البسيطة سواء كان شاباً أم شيخاً لكي يستعيد الأمل في الحياة ولكي يستبعد فكرة العجز وفكرة الموت، ويرى أن المستقبل أمامه وأن الأيام القادمة ستكون خيراً انشاء الله من الأيام التي مضت وأن ينظر إلى عمره القادم بتفاءل ويدرك أن الأعمار بيد الله تعالى وأن الموت مقدر للصغير والكبير وللمريض والسليم فإن مريض القلب الشاب يحتاج إلى أن يعيش بسعادة واطمئنان ليحي أيام شبابه بدون قلق او اكتئاب مفوضاً أمره لله تعالى راضياً بقضاء الله وقدره وأن يستثمر أيامه بحسب طاقاته المحدودة ويستبعد كل أفكاره السلبية عن ذاته وعن مرضه وعن العالم من حوله حتى يحقق نجاحاته ويخفف من حدة قلقه واكتئابه. وبالمثل يحتاج المريض الشيخ إلى مثل هذه التدخلات العلاجية النفسية ليحي أيامه القادمة أو ما تبقى له من عمر يطول أو يقصر في أمان ورضا واطمئنان وأن يخفف من حدة قلقه واكتئابه.وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة توماس وزملاؤه (2001) التي خلصت إلى عدم وجود ارتباط بين انخفاض مستويات القلق والاكتئاب وعمر الفرد وفقاً لبرنامج علاجي تضمن العلاج السلوكي المعرفي.

اتضح من عرض نتيجة الفرض السادس جدول رقم (28) أن فاعلية التدخلات العلاجية النفسية في خفض مستويات القلق والاكتئاب لا ترتبط بالمستوى التعليمي وهذا ما ينفي صحة الفرض.وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى ان البرنامج العلاجي المقترح يستهدف مرضى القلب بغض النظر عن مستوياتهم التعليمية. هذا بالإضافة إلى أنه قدم للمرضى بمختلف مستوياتهم التعليمية التي تفاوتت من أمي إلى أساس وثانوي وجامعي وما فوق، باللهجة العامية وتم شرحه وتفسيره بلغة سهلة ومبسطة وبطريقة يفهمها الجميع بغض النظر عن المستويات التعليمية لأن الهدف الرئيسي من هذه التدخلات العلاجية أن تقدم لمرضى القلب بوحدات العناية بهم للتخفيف

من القلق والاكتئاب التي يعانون منها. إذ أن التأثير المرضى واحد بالنسبة لجميع المرضى سواء كان أمياً أم جامعياً. والمهم في الأمر هو كيفية أدراك المريض لمرضه وللمواقف التي تواجهه.

وقد كانت تتوقع الباحثة ان تكون هناك فروقاً في استجابات المرضى للبرنامج العلاجي تبعاً لمستوياتهم التعليمية ولكن بحمد الله قد استفاد جميع أفراد المجموعة التجريبية من التدخلات العلاجية ولم تتميز مجموعة مستوى تعليمي معين على أخرى وهذا يدعم ويؤكد على أن هذه التدخلات العلاجية قد قدمت بطريقة وبلغة يفهمها الجميع وأنها سهلة ومبسطة ويمكن تقديمها لجميع مرضى القلب بمختلف مستوياتهم التعليمية والمهم في الأمر هنا أنه عند تقديم التدخلات العلاجية النفسية أن تقدم للمريض بلغة سهلة ومبسطة وبلغة يفهمها وهذا ما يساعد على تفاعل المريض مع المعالج ويحفزه على المواظبة على البرنامج العلاجي وكل هذا يساعد على نجاح التدخلات العلاجية في خفض مستويات القلق والاكتئاب.وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة توماس وزملاؤه (2001) والتي خلصت إلى أن فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لا ترتبط بالمستوى التعليمي.

أتضح من عرض نتيجة الفرض السابع جدول رقم (29) ان فاعلية التدخلات العلاجية النفسية في خفض مستويات القلق والاكتئاب لا ترتبط بمدة الأصابة بالمرض وهذا ما ينفي صحة الفرض.وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن مرض القلب من الأمراض المزمنة والمتطورة ، ويفرض المرض القلبي على الفرد ضغوطاً نفسية متنوعة، وأن الأصابة بالمرض القلبي تحرم الفرد من تحقيق الكثير من رغباته فمثلاً لا يمارس الجنس بنفس الحرية ، لا يتزوج، لا ينجب أطفالاً، لا يحقق نجاحات جديدة في مجال عمله أو في الحياة العامة. وبالإضافة إلى هذا تخلق الأصابة بالمرض القلبي الكثير من العقبات التي تحول دون تحقيق الفرد لأهدافه ومصالحه مثل تلك العقبات، فقد الاستغلال المادي، فقد الأمان الأسري، فقد القدرة على ضبط النفس. ومعظم المرضى يعوزهم اتساع الأفق فيما يمكنهم عمله أو ما يعتقدون أنهم قادرون على عمله أو بالتغيرات التي يستطيعون احداثها في حياتهم، ويمكن أن يصبح القلق والاكتئاب عنصران دائمان في حياة المريض.نخلص من ذلك إلى أن طول فترة المرض أو قصر فترة المرض بالنسبة لمريض القلب لا ترتبط بفاعلية التدخلات العلاجية النفسية إذ أن القلق والاكتئاب هما في الأساس موجودان في حياة مريض القلب. وقد اكدت الدراسات الوبائية والسريرية على وجود تاريخ سابق للقلق والاكتئاب لدى مرضى القلب. فالقلق والاكتئاب إذا كانا عنصران مسببان للمرض القلبي أم إذا كان المرض القلبي هو الذي أدى إلى القلق والاكتئاب فالأمران يحتاجان إلى التدخل العلاجي النفسي الفوري.

اتضح من عرض نتيجة الفرض الثامن جدول رقم (30) عدم وجود فروق في فاعلية أساليب التدخلات العلاجية النفسية في خفض مستويات القلق والاكتئاب باختلاف الحالة الاجتماعية وهذا ما ينفي صحة الفرض.وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الروابط الاجتماعية التي توجد في مجتمعنا السوداني تجعل الفرد المريض بمرض مزمن مثل مرض القلب يلقى الفهم الكافي والرعاية المناسبة من قبل ( أهله ومن حوله) إذا كان متزوجا أم غير متزوجاً، فإذا كان متزوجاً يلقى حوله زوجه وابنائه وباقي اهله حوله وإذا كان غير متزوج (عازب) يلقى حوله والديه أحدهما أو كلاهما إن وجدا واخوانه واخواته وباقي أهله حوله وإن كان أرمل يجد ابنائه وباقي أهله حوله. ففي كل الاحوال إذا كان المريض متزوجاً أم عاذباً أم أرملاً فهو يلقى الاهتمام والرعاية من (أهله ومن حوله) فقد نجد أحياناً أن المريض يلقى الاهتمام والرعاية والعطف بحيث تلبي جميع احتياجاته ومتطلباته ويفرط من حوله في ذلك مما يقضي على استقلالية المريض والقيام بواجباته ويصبح المريض اتكالياً وينمو لدية الاحساس بأن مشكلته خطيرة وكبيرة وأنه يصعب مواجهتها أو معالجتها ، أنه يشعر بضرورة الابقاء على مشكلته وقبوله صفة العجز والضعف والمرض لأن ذلك يحقق لدى المريض العديد من المكاسب والحاجات التي قد يحرم منها في حالة الشفاء. وهنا يلعب العلاج المعرفي دوراً كبيراً في تغيير هذه المفاهيم

ومساعدة المريض على مواجهة مشكلته والتخفيف من حدة قلقه واكتئابه. واحياناً أخرى نجد أن مريض القلب يلقى الفهم الكافي والرعاية المناسبة من قبل أهله ومن حوله وفي هذه الحالة قد نجد أن المريض يساهم مع اسرته في مواجهة مشكلته الصحية وذلك دون افراط او تفريط في الرعاية والعطف والاهتمام وفي مثل هذه الحالات يفهم المريض ابعاد المرض وخطورته وهذا ما يساعد المريض على التفاعل مع المعالج النفسي والمواظبة على العلاج النفسي مما يساعد على نجاح التدخلات العلاجية في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب لدى مريض القلب.وبصورة عامة فإن المريض بمرض مزمن مثل مرض القلب في مجتمعنا السوداني نجده يلقى الاهتمام والرعاية والعطف اللازم وتتوافر لديه معدلات الدعم الاجتماعي المطلوب فإن الروابط الاجتماعية في مجتمعنا السوداني تجعل من الصعب التخلي عن مرضانا وتركهم بدون دعم عاطفي ودعم اجتماعي. وكل هذا يعتبر من العوامل التي ساعدت على عدم وجود فروق في فاعلية التدخلات العلاجية في تخفيف حدة القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب باختلاف الحالة الاجتماعية.وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات الأجنبية التي خلصت جميعها إلى ان مرضى القلب يعانون من الوحدة وفقد معدلات الدعم الاجتماعي بالإضافة إلى مناخ أسري لا يجد الفرد فيه الدعم العاطفي ويشعر فيه بأنه غير مقبول وأن المتزوجين منهم تربطهم علاقة فاترة غير وثيقة بابنائهم وتعزو الباحثة اختلاف نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات الأجنبية إلى أن تلك المجتمعات تعاني من فقدان الروابط الاجتماعية وأن المريض يواجه من قبل اهله والمقربين اليه بالرفض والنبذ والحرمان والكره والقسوة وعدم التشجيع ، كما يلقى من المعاملات ما يجعله يهمل العلاج أو ينسى أوقات العيادة ويشعر المريض بفقدان عضويته في الانتماء إلى الأسرة وبالتالي تزداد لدى المريض مشاعر الضعف والدونية والحرمان ويشكو من قسوة الأسرة وعدم اكتراثها بمشكلته، وهذا ما يزيد من إذلال ذاته ومخاوفه ويحاول المريض نسيان مرضه او نجده ينكر وينفي واقعه المرضي المؤلم. وهذا ما جعل نتائج هذه الدراسة تختلف عن نتائج الدراسات الأجنبية.

الخـلاصــة:

إن المرض القلبي قد يؤدي إلى ظهور أعراض نفسية مثل ( القلق والاكتئاب) وقد اظهرت نتائج القياسات أن هؤلاء المرضى مرتفعي القلق والاكتئاب. فإن الشخص المصاب بالمرض القلبي قد يتفاعل مع هذا المرض بالشعور بالقلق والاكتئاب إلا أن هذه الحالة قد تختفي بالتدخل العلاجي النفسي وبالدعم من قبل المعالج النفسي.

ولعل التأكيد على تداخل العوامل النفسية ( القلق والاكتئاب) مع حدوث الأمراض القلبية يجد دعماً في الفكرة القائلة بتكامل الجوانب النفسية والجسمية وتأثير بعضها في البعض الأخر سلباً وايجاباً، صحة ومرضاً وذلك مصداقاً للحديث الشريف: (مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى).

ويمكن ضبط الانفعال بأكثر من طريقة ، فإذا كان الفرد يشعر باستثارة انفعالية ( قلق مثلاً) نتيجة لمرضه، فإن من الممكن تهدئة انفعاله وضبطه واستبداله باستجابات ملائمة عن طريق (الاسترخاء، او التحصين التدريجي) أما إذا كان الفرد يشعر باستثارة انفعالية (اكتئاب مثلاً) فمن الممكن ضبط هذا الانفعال من خلال المناقشة المنطقية وبهذه الطريقة نحاول ان نغير من اتجاهه الذهني على ان هذا التغيير يؤدي إلى تغيير في الحالة الانفعالية.

ونشير أخيراً إلى أن من المهم تطبيق تدخلاً علاجياً نفسياً لمرضى القلب خلال اقامتهم بوحدة العناية بهم. وان تغيير أفكار المريض السلبية يساعد على تخفيف حدة الاكتئاب، كما أن الاسترخاء والتحصين التدريجي يلعبان دوراً كبيراً في تخفيف حدة القلق. وان العلاج الديني يساعد على تخفيف حدة القلق والاكتئاب. ومجمل القول ان اتحاد العلاج السلوكي المعرفي مع العلاج الديني والعلاج الداعم يساعد على التخفيف من حدة القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب. ويستطيع الاخصائيون النفسيون لعب دور جوهري في المساعدة على ذلك.

# الفصــــل السادس

# الخاتمـــــــــة

# الفصل السادس
# 6. الخــاتمــة

## 6-1 تمهيد:

تعرض الباحثة في هذا الجزء تلخيصاً لجميع النتائج التي توصلت إليها الدراسة، كذلك تقدم الباحثة التوصيات التي ترى أنها تساعد كثيراً في معالجة مشكلة الدراسة ، كما تقوم الباحثة بعرض قائمة المراجع من كتب عربية ومترجمة وانجليزية ودوريات عربية وانجليزية ورسائل جامعية استعانت بها الباحثة في هذه الدراسة، وأخيراً تعرض الباحثة قائمة الملاحق المتعلقة بالدراسة.

## 6-2 تلخيص لنتائج الدراسة:

1. توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط المجموعة التجريبية ومتوسط المجموعة الضابطة في القياس البعدي لمتغير (القلق) لصالح المجموعة التجريبية.
2. توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط المجموعة التجريبية ومتوسط المجموعة الضابطة في القياس البعدي لمتغير (الاكتئاب) لصالح المجموعة التجريبية.
3. توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (القلق كحالة) ونوع الحالة طبياً (جراحة/ باطنية) 0لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض(القلق كسمة) ونوع الحالة طبياً (جراحة/ باطنية). لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض ( الاكتئاب) ونوع الحالة طبياً (جراحة/ باطنية).
4. لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض ( القلق كحالة) لدى مرضى القلب وجنس الفرد (ذكر/ أنثى). توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض ( القلق كسمة) لدى مرضى القلب وجنس الفرد (ذكر/ أنثى). لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض(الاكتئاب) لدى مرضى القلب وجنس الفرد (ذكر/ أنثى).
5. لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض ( القلق كحالة) لدى مرضى القلب ومستويات العمر. لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض( القلق كسمة) لدى مرضى القلب ومستويات العمر. لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض ( الاكتئاب) لدى مرضى القلب ومستويات العمر.
6. لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض ( القلق كحالة) لدى مرضى القلب والمستوى التعليمي للفرد. لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض ( القلق كسمة) لدى مرضى القلب والمستوى التعليمي للفرد. لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (الاكتئاب) لدى مرضى القلب والمستوى التعليمي للفرد.
7. لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض ( القلق كحالة) لدى مرضى القلب ومدة الاصابة بالمرض. لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض ( القلق كسمة) لدى مرضى القلب ومدة الاصابة بالمرض. لا توجد علاقة ارتباط دالة احصائياً بين فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض(الاكتئاب) لدى مرضى القلب ومدة الاصابة بالمرض.

8. لا توجد فروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض ( القلق كحالة) لدى مرضى القلب باختلاف الحالة الاجتماعية. لا توجد فروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض ( القلق كسمة) لدى مرضى القلب باختلاف الحالة الاجتماعية.
لا توجد فروق في فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي في خفض (الاكتئاب) لدى مرضى القلب باختلاف الحالة الاجتماعية.

3-6 التوصيـــــــات:

في ضوء نتائج هذه الدراسة توصي الباحثة بالآتي:

1. تزويد المستشفيات والمراكز والأقسام المعنية بأمر العناية بمرضى القلب بالإخصائين النفسيين لدراسة ومعالجة وتوجيه كل مريض بالقلب يعاني من إضطراب نفسي.
2. تضمين عوامل الخطورة النفسية في تقييم مرضى القلب وأن تصبح مكوناً نموذجياً للعناية وسط المرضى.
3. تقديم الدعم النفسي المتواصل للمرضى وتقوية الجهود المبذولة في مجال العلاج النفسي لمرضى القلب.
4. الاهتمام بالعلاقات المتداخلة بين عوامل الخطورة النفسية التي تتنبأ بحدوث أو تكرار الاصابة بالأحداث القلبية.
5. الإهتمام بدراسة العوامل النفسية المرتبطة بالمرض القلبي والاستمرار في تلك الدراسات النفسية على الأمراض القلبية.
6. التركيز على التدخلات العلاجية النفسية لمرضى القلب وان نعطيها ما تستحقه من اولوية.
7. التدخل العلاجي النفسي المبكر لخفض ( القلق والاكتئاب) لمرضى القلب قبل أن يستفحل خطرهما ويشتد ضررهما نفسياً وجسمياً.
8. التعرف على سمات وخصائص المرضى الذين من الممكن أن يستفيدوا من التدخلات العلاجية النفسية.

# المراجـــــــــــع

## المراجع باللغة العربية:


1. إبراهيم، عبد الستار (1987) أسس علم النفس، دار المريخ، مصر.
2. أبوعلام، رجاء محمود (2001) مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، دار النشر للجامعات، مصر.
3. أبوعباة، صالح عبد الله، نيازي، عبد المجيد (2001) الارشاد النفسي والاجتماعي، مكتبة العبيكان، الرياض، المملكة العربية السعودية.
4. أبو النيل، محمود السيد، طه، فرج عبد القادر، قنديل، شاكر عطية، عبد الفتاح، مصطفى كامل، محمد، حسين عبد القادر، (د.ت) معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
5. أرنوف، ويتيج (2001) مقدمة في علم النفس، سلسلة ملخصات شوم، ترجمة عادل عزالدين الأشول، محمد عبد القادر عبد الغفار، نبيل عبد الفتاح حافظ، عبد العزيز السيد، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، مصر، ط (4).
6. إسماعيل، نبيه إبراهيم (2004) عوامل الصحة النفسية السليمة، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
7. الانصاري، بدر محمد (1997) دليل تعليمات قائمة بيك للاكتئاب: الصورة الكويتية، مكتبة المنار الاسلامية، الكويت.
8. الانصاري، بدر محمد (1999) دليل تعليمات قائمة حالة وسمة القلق: الصورة الكويتية، مكتبة المنار الإسلامية، الكويت.
9. الانصاري، بدر محمد (2002) المرجع في مقاييس الشخصية: تقنين على المجتمع الكويتي، دار الكتاب الحديث، الكويت.
10. أيزينبيرج، شيلدون، ديلاني، دانيل (1995) عملية الارشاد النفسي، ترجمة على سعد، عدنان الاحمر، منشورات جامعة دمشق، دمشق، سوريا.
11. بارلو، ديفيد.هـ (2002) مرجع إكلنيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي، ترجمة صفوت فرج، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
12. باتريسون (1995) الارشاد النفسي والعلاج النفسي: النظرية والتطبيق، ترجمة سيد عبد الحميد مرسي، مكتبة وهبة، القاهرة، ط(1).
13. بار، عبد المنار (1993) العلاج النفسي في ضوء القرآن والسنة، المكتبة المكية، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.
14. باركر، ك، بيسترانج، ن، إليوت، ر(1999) مناهج البحث في علم النفس الإكلنيكي والارشادي، ترجمة محمد نجيب الصبوة، ميرفت شوقي، عائشة رشدي، الانجلو المصرية، القاهرة.
15. الببلاوي، فيولا (1987) مقياس القلق للاطفال: كراسة التعليمات، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
16. بتروفسكي، أ.ف، ياروشفسكي، م.ج (1996) معجم على النفس المعاصر، ترجمة حمدي عبد الجواد، عبد السلام رضوان، دار العالم الجديد، القاهرة.
17. بيتش، هارولد ريجنالد (1992) تعديل السلوك البشري، ترجمة فيصل محمد خير الزراد، دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية.
18. ثابت، عبد الرؤوف (1993) مفهوم الطب النفسي، القاهرة، مصر.
19. جابر، جابر عبد الحميد، كفافي، علاء الدين (1990) معجم علم النفس والطب النفسي: إنجليزي- عربي، دار النهضة العربية، القاهرة، ج (2).
20. جابر، جابر عبد الحميد، كفافي، علاء الدين (1993) معجم علم النفس والطب النفسي: إنجليزي- عربي، دار النهضة العربية، القاهرة، ج (6).

21. جبر، جبر محمد (1994) التشخيص الفارق: دراسة حالة في الاكتئاب النفسي، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة ، ع (29)، ص (80).
22. الجسماني، عبد العلي (1998) الأمراض النفسية: تاريخها- انواعها- أعراضها- علاجها، الدار العربية للعلوم ، بيروت.
23. جلال، سعد (1986) في الصحة العقلية: الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة.
24. جمل الليل، محمد (1998) المساعدة الارشادية، المكتبة المكية، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.
25. الخالدي، أديب محمد (1996) التحصين النفسي للشباب، مطبوعات جامعة الجبل الغربي، مدينة جادو، ليبيا.
26. الخالدي، أديب محمد (2002) المرجع في الصحة النفسية، الدار العربية للنشر والتوزيع، غريان، ليبيا، ط(2)
27. خضر، فخرى رشيد (2003) الاختبارات والمقاييس في التربية وعلم النفس، دار القلم ، دبي، الامارات العربية المتحدة.
28. الخطيب، جمال (1990) تعديل السلوك: القوانين والإجراءات، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
29. خليل، الهام عبد الرحمن (2004) علم النفس الإكلنيكي: المنهج والتطبيق، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
30. حجازي، صابر (1999) الصحة النفسية في حياتنا اليومية، مطابع الشروق بالفيوم، مصر.
31. الحفني، عبد المنعم (1994) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة، ط(4).
32. الحفني، عبد المنعم (1995) موسوعة الطب النفسي، المجلد الثاني، مكتبة مدبولي، القاهرة.
33. حمودة ، محمود (1991) الطب النفسي، النفس: اسرارها وأمراضها، المكتبة المركزية القاهرة، ط(2).
34. داود، عزيز حنا، الطيب، محمد عبد الظاهر، هاشم، عادل (1991) الشخصية بين السواء والمرض، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
35. الداهري، صالح حسن (2000) مبادئي الارشاد النفسي والتربوي، مؤسسة حمادة للخدمات والدراسات الجامعية، إربد، الأردن.
36. دافيدوف، لندا.ل (1988) مدخل علم النفس، ترجمة سيد الطواب، محمود عمر، نجيب خزام، دار ماكجروهيل للنشر، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، ط(3).
37. الدباغ، فخري، (1993) اصول الطب النفساني، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، ط(4).
38. دسوقي، كمال محمد (1988) ذخيرة علم النفس:إنجليزي- عربي- فرنسي- ألماني، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة.
39. الدسوقي، مجدي محمد (2000) قائمة تشخيص الاكتئاب: دليل التعليمات، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
40. راجح، أحمد عزت (1999) أصول علم النفس، دار المعارف ، مصر، ط(11).
41. رزوق، أسعد (1992) موسوعة علم النفس، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، لبنان، ط (4).
42. الرفاعي، نعيم (1994) العيادة النفسية والعلاج النفسي، مطبوعات جامعة دمشق، ج (1)، ط (4).
43. الزيادي، أحمد محمد، الخطيب، هشام إبراهيم (2001) مبادئي التوجيه والارشاد النفسي، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط (1).

44. الزغبي، أحمد محمد (2000) الارشاد النفسي: نظرياته- اتجاهاته- مجالاته، دار زهران، عمان.
45. الزغبي، أحمد محمد (2003) التوجيه والارشاد النفسي: أسسه- نظرياته- طرائقه- مجالاته- برامجه، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.
46. زهران، حامد عبد السلام (1997) الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، ط (3).
47. زهران، حامد عبد السلام (1998) التوجيه والارشاد النفسي، عالم الكتب ، القاهرة، ط (2).
48. زيور، مصطفى (د. ت) محاضرات في الاكتئاب النفسي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
49. الزيو، فهمي (1998) نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار الفكر، عمان، الأردن.
50. الزيادي، محمود (1988) علم النفس الإكلنيكي: التشخيص والعلاج، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
51. سبيلبيرجر، جورستش، لوشين، فاج، جوكوبز (1992) دليل تعليمات قائمة القلق: الحالة والسمة، ترجمة أحمد محمد عبد الخالق، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ، ط (2).
52. ستور، انتوني (1991) فن العلاج النفسي، ترجمة لطفي فطيم، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
53. سري، إجلال محمد (2000) علم النفس العلاجي، عالم الكتب، القاهرة، ط(2).
54. سفيان، نبيل صالح (2003) المختصر في الشخصية والارشاد النفسي: دليل لاكتشاف شخصيتك وشخصيات الآخرين، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
55. سلامة، ممدوحة (1991) الارشاد النفسي : منظور نمائي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
56. سويف، مصطفى (2001) علم النفس العيادي، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.
57. سوين، ريتشارد . م (1988) علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت ط (1).
58. سيسالم ، كمال سيسالم (2002) موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي، دار الكتاب الجامعي، العين، الامارات العربية المتحدة.
59. شحاتة ، عبد المنعم (2004) من تطبيقات علم النفس، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
60. الشمري، علي بن ركيب (1996) الاكتئاب النفسي ، مجلة الأمن والحياة ، الرياض، المملكة العربية السعودية، ع (164) ص (65).
61. الشناوي، محمد محروس (1994) نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار غريب، القاهرة.
62. الشناوي، محمد محروس (1996) العملية الارشادية والعلاجية، دار غريب، القاهرة.
63. الشناوي، محمد محروس، عبد الرحمن، محمد السيد (1998) العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
64. الصمادي، احمد عبد المجيد(1993) مبادئ التوجيه والارشاد، وزارة التربية والتعليم، صنعاء ، اليمن.
65. طه، فرج عبد القادر، (د.ت) معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار النهضة العربية، بيروت.
66. طه، فرج عبد القادر (1993) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، الكويت.
67. عبد المعطي ، حسن مصطفى (1998) علم النفس الإكلنيكي، دار قباء، القاهرة.
68. عبد الغني، صلاح الدين (2000) في الصحة النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة ، ط (1).
69. عبد الله، محمد قاسم (1997) الصحة النفسية، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، حلب، سوريا.

70. عبد الله، مجدي أحمد محمد (1997) الطفولة بين السواء والمرض، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
71. عبد الله، مجدي أحمد محمد (1999) علم النفس المرضي: دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
72. عبد الخالق، احمد محمد (1991) أسس علم النفس ، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ط (3).
73. عبد الخالق، احمد محمد (2000) الدراسة التطورية للقلق، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
74. عبد الخالق، احمد محمد (2001) أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ط (2).
75. عبد العزيز، رشاد علي (د. ت) دراسات في علم النفس الاجتماعي: سيكلوجية الفروق بين الجنسين، مؤسسة مختار للنشر والتوزيع، القاهرة.
76. عبد العزيز، رشاد علي (1993) علم النفس المرضي: دراسات في علم النفس ، دار المعرفة، القاهرة.
77. عبد الغفار، عبد السلام (1990) مقدمة في الصحة النفسية، دار النهضة العربية، القاهرة.
78. عبد السلام، فاروق، طاهر، ميسرة، مهنا، يحي (1997) مدخل إلى الارشاد النفسي والتربوي، الدار السعودية للنشر والتوزيع، جدة، المملكة العربية السعودية.
79. عبد الرحيم، محمد (1999) 24 ساعة مع الحبيب المصطفى (صلى الله عليه وسلم)، دار الحكمة للطباعة والنشر، دمشق، سوريا.
80. عدس، عبد الرحمن (2004) اساسيات البحث التربوي، دار الفرقان للنشر، عمان، الأردن.
81. عدس، عبد الرحمن، توق، محي الدين (1993) المدخل إلى علم النفس، مركز الكتب الأردني، ط(3).
82. عشوى، مصطفى (1997) مدخل إلى علم النفس المعاصر، مكتبة الجيل الجديد، صنعاء، اليمن.
83. عكاشة، أحمد (1998) الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
84. عكاشة، احمد (2003) الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة.
85. عمر، محمد ماهر محمود (1992) المقابلة في الارشاد والعلاج النفسي، دار المعارف الجامعية، الاسكندرية.
86. عودة، سليمان، ملكاوي، فتحي (1992) اساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية، مكتبة الكتاني، إربد، الأردن.
87. العيسوي، عبد الرحمن (1992) أصول علم النفس الحديث، المكتب العربي الحديث، الاسكندرية.
88. العيسوي، عبد الرحمن (2002) الامراض النفسية وعلاجها، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
89. الغرماوي، حمدي (2004) ركائز البناء النفسي، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
90. فطيم، لطفي (1988) علم النفس الإكلنيكي: التشخيص والعلاج، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
91. فطيم، لطفي (1994) العلاج النفسي الجمعي، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة.
92. الفقي، حامد عبد العزيز (1990) نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت، ج (2)، ط (1).
93. فهمي، مصطفى (1998)، الصحة النفسية: دراسات في سيكلوجية التكيف، مكتبة الخانجي، القاهرة، ط (5).

94.القاضي، يوسف مصطفى، فطيم، لطفي محمد، حسين، محمود عطا (2002) الارشاد النفسي والتوجيه التربوي، دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية.
95.القذافي، رمضان محمد (1996) التوجيه والارشاد النفسي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
96.كمال، علي (1989) النفس: انفعالاتها وأمراضها وعلاجها، دار واسط للطباعة والنشر والتوزيع، بغداد، ج (1).
97.ليندزاي، س. ل، بول،ج. ي (2000) مرجع في علم النفس الإكلنيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
98.ماركس، ايزاك. م (1999) التعايش مع الخوف: فهم القلق ومكافحته، ترجمة محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، القاهرة.
99 .المعجم الوسيط (1985) مجمع اللغة العربية، القاهرة، ج (2)، ص (785).
100. مليكة، لويس كامل (1990) العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم، الكويت.
101. مليكة، لويس كامل (1992) علم النفس الإكلنيكي: التشخيص والتنبوء في الطريقة الإكلنيكية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ج (1)، ط (5).
102. ملحم، سامي (2002) مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
103. منصور، رشدي فام (1998) علم النفس العلاجي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
104. المهدي، محمد (1990) العلاج النفسي في ضوء الاسلام، دار الوفاء ، المنصورة، مصر.
105. موستاكس ، كلارك (1990) علاج الاطفال باللعب، ترجمة عبد الرحمن سليمان، دار النهضة العربية، القاهرة.
106. ناي، ر. د (2003) السلوك الإنساني: ثلاث نظريات في فهمه، ترجمة أحمد اسماعيل صبح، منير فوزي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
107. نجاتي، محمد عثمان (1997) القرآن وعلم النفس، دار الشروق، القاهرة، ط(6).
108. هارولدفنك، دافيد (د.ت) الاسترخاء النفسي والعصبي، ترجمة يوسف ميخائيل أسعد، نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع.
109. وول، و. د (د. ت) التربية والصحة النفسية، ترجمة، ابراهيم حافظ، دار الهلال، القاهرة.
110. يس، عطوف محمود (1986) علم النفس العيادي (الإكلنيكي)، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، ط (2).
111. يوسف، جمعة سيد (2000) دراسات في علم النفس الإكلنيكي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
112. يوسف، جمعة سيد (2001) النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

## الدوريات العلمية :

1.إبراهيم،عبد الستار(1998) الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه،سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت،ع (239)، ص(16).
2.إبراهيم، عبد الستار (1994) العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث : أساليبه وميادين تطبيقه، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
3.إبراهيم، عبد الستار (1993) إجراءات العلاج السلوكي للطفل وخطوات تنفيذه، مجلة علم النفس، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، ع (27).
4.إبراهيم، عبد الستار، الدخيل، عبد العزيز (1993) العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته،سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب،الكويت،ع (180).

5.الانصاري، بدر محمد (1998) الصورة الكويتية لقائمة بيك للاكتئاب، المجلة التربوية، المجلد الثاني عشر،مجلس النشر العلمي،جامعة الكويت، الكويت،ع(46) ،ص ص (79- 80).
6.البنا، اسعاد (1990) دور الأدعية والاذكار في علاج القلق كأحد طرق العلاج النفسي الديني، المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ص (51- 68).
7.حامد، حلمي أحمد (1991) القلق العام والخاص: دراسة عامية لاختبارات القلق، المجلة المصرية للدراسات النفسية، بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر(2- 4) سبتمبر (1991) مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ص ص(162-166).
8.زهران، حامد عبد السلام، سري، اجلال محمد (1990) الرعاية النفسية للأولاد في هدى القرآن الكريم، بحوث المؤتمر الدولي (الطفولة في الإسلام)، أكتوبر (1990)، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الازهر، القاهرة، ص ص(301 -344).
9.زهران، حامد عبد السلام (1994) التوجيه والارشاد النفسي: نظرة شاملة، مجلة الارشاد النفسي، مركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، مصر،ع(2)، ص ص(297- 348).
10.عبد المعطي، حسن مصطفى (1989) دراسة إكلنيكية لشخصية المرضى السيكوسوماتين باستخدام منهج دراسة الحالة، بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر 22- 23 يناير 1989م، الناشر الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ص(69-74).
11.عبد الحميد، فوقية حسن (1991) المكونات الاداركية للقلق الموضوعي، بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر 2- 4 سبتمبر 1991، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، مكتبة الانجلو المصرية، ص ص (122- 124).
12.عبد الخالق، أحمد محمد (1998) المقاييس اللفظية للشخصية بين التأليف والتعريف: قائمة بيك للاكتئاب، مجلة علم النفس، السنة (12) الهيئة المصرية العامة للكتاب، ع (45)، ص ص (6-19).
13.غريب، غريب عبد الفتاح (1994) مفهوم الذات في مرحلة المراهقة وعلاقته بالاكتئاب: دراسة مقارنة بين مصر والامارات العربية، بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر 1994، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ص (87- 112).
14.المالح، حسن (1995) القلق العام ونوبات القلق الحاد (الهلع): المظاهر والأسباب وطرق العلاج، مجلة الثقافة النفسية والجسدية، دار النهضة العربية، بيروت، ع (24) ص (7).
15.محمد، صلاح الدين عبد القادر (1999) أثر الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل الاتجاه نحو المرض النفسي والمرضى النفسيين، مجلة الارشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، ع (9) ص ص (165- 239).
16.النيال، مايسة أحمد (1991) الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الاطفال وعلاقتها بالقلق والاكتئاب ، بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر (2- 4) سبتمبر 1991، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ص(140- 155).

## الرسائل الجامعية:

1. حسين، محمد عبد المجيد (1994)، العلاج النفسي والديني لمرضى الربو الشعبي (بحث تجريبي في العلاج النفسي)، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة الخرطوم، كلية الآداب ، قسم على النفس.
2. عبد الباقي، تاج السر حسن أحمد (2002)، استخدام بعض الآيات القرآنية والأدعية المأثورة لعلاج القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب. رسالة دكتوراة غير منشورة ، جامعة الخرطوم، كلية الآداب ، قسم علم النفس.
3. عبد المجيد، عبد الرحمن عثمان (1997)، برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية (دراسة نظرية وتجريبية لتطبيق البرنامج ومقارنة بكل من العلاج

بالبرنامج المذدوج والعقاقير المضادة للاكتئاب) رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة أمدرمان الاسلامية.

4. عرقسوسي، محمد أيمن محمد خير (1992)، أثر الاسترخاء والرقية الدينية في علاج ارتفاع ضغط الدم الاساسي. رسالة دكتوراة غير منشورة ، جامعة الخرطوم، كلية الآداب ، قسم علم النفس.

## المراجع باللغة الانجليزية:


1. Allan.R,Scheidt.S(1996) Empirical Basis For Cardiac Psychology: The Practice Of Cardiac Psychology, Pp(63-124),Washington, Dc:(American Psychological Association).
2. Beattie,R.M(1997) Paediatric Mcos With Individual Subject Summaries(First Published),Text Prepared By Breeze Ltd, Manchester,British Library.
3. Brake,P.E,Thorensen,C.E(1996) Reducing Type(A) Behaviour Patterns: The Practice Of Cardiac Psychology,Pp(255 290) ,Washington ,DC :(American Psychological Association).
4. Burgess,D.M(1999) Effectes Of Psychotherapy In Patients With Coronary Heart Disease. Clinical Cardiology,Vol(22),Pp(111-115).
5. Blumenthal J.A, Sherwood. A, Gillette. E.C, Georgiades. A, and Tweedy. D (2002), Biobehavioral Approaches to the Treetuent of Essential My pretension, Journal of consulting and clinical psychology, Joune (2002) Vol (70), No (3), Pp(569-589).
6. Corey, Gerald(1991) Theory, and Practice Of Counseling and Psychotherapy , Wadsworth,Inc,California.
7. Ford,D.E,Meal,J.A,Chang,P.P,Cooper.L,Wang.N,Klag,M.J(1998) Depression Is Arisk Factor For Coronarey Artery Disease In Mean, Archives Of Internal Medicine,Vol(158)Pp(1422-1426.

11. Feldman,Robert.S(2002) Understanding Psychology(Sixth Edition) Mc Graw-Hill Higher Education.Newyork,Amarica.
12. Gerow,Josh.R(1992) Psychology: An Introduction (Third Edition ) Harper CollinsPublishers,Inc,10East 53rd Street,Newyork.
13. Gray,Peter(1999) Psychology (Third Edition)Worth Publishers ,Inc,Network
14. Huffman.Karen,Vernoy.Mark,Vernoy.Judith(2002) Psychology In Action (Fifth Edition)JohnwileyAnd Sons,Inc,Newyork
15. Jones,D.A,West,R.R(1996) Psychological Rehilitation After Myocardial In Farction: Multi Center Randomized Controlled Trial ,British Medical Journal,Vol(313)Pp(1517-1521).
16. Kumar.Parveen,Clark.Michael(2002) Clinical Medicine(Fifth Edition) , Elsevier Science Limited, British.
17. Kop,W.J(1999) Psycho physiological Influences On Coronary artery Disease And Coronary Heart Disease, Psychosomatic Medicine,Vol(61)Pp(477-489).
18. Lahey,Benjamin.B(1998) Psychology:An Introduction (Sixth Edition) McGraw-HillCompanies,Inc,UnitedStates Of America.
19. Lfton,Lester.A(2000) Psychology(Seven Edition)Ellyn and Bacon Apearson Education Company,160GouldStreet,United States Of America.

20. Lepore,S.J(1998) Problem And Prospects For The Social Support-Reactivity By Pothesis,Annals Of Behavioral Medicine, Vol(20)Pp (257-269).

21. Lewis,L.Brain(2001) Health Psychology Specialty Practice Opportunities in Arural Community Hospital Practicing Local Clinical Science, Professional Psychology: Research and Practice, February(2002)Vol(32)No(1)Pp(59-64).

22. Lesperance.F,Smith,Frasure.N(2000) Depression In Patients With Cardiac Disease: The Role Of Psychosomatic, Journal Of Psychosomatic Research,Vol(48)Pp(379-392).

23. Morris,harles.G(1993) Psychology:An Introduction(Eighth Edition) Prentic Hall,Inc,Englewood Cliffs, New Jersey.

24. Mokbel,Kefah.M(2000) Basic Medical Sciences,Jaypee Brothers Medical Publishers(p)Ltd,India.

25. Rathus,Spencer.A(1993) Psychology (Fifth Edition) Holt ,Rinehart and Winston,Inc,Florida.

26. Rital,L.A,Richard,C.A,Edward,E.S,Dary,I.J(1993) Introduction To Psychology (Eleventh Edition)HarcourtBraceJouanovich College Publishers. London.

27. Santroch,John.W(2000) Psychology(Sixth Edition)Mc Grow Hill Companies, Inc,United States Of America

28. Stein,P.K,Carney,R.M,Freedland,K.E,Skala,J.A,Jaffe,A.S,&Kleiger,R.E (2000) Severe Depression Is Associated With Markedly Reduced Heart Rate Variability In Patients With Stable Coronary Heart Disease, Journal Of Psychosomatic Research,Vol(48)Pp(493-500).

29.Smith,Frasure.N,Lesperance.F,Gravel.G,Masson.A,Juneau.M,Talajic.M(2000) Depreassion And health-Care Costs During The First Year Folloing Myocardial Ifarction,Journal Of Psychosomatic Research,Vol(48)Pp(471-478)

30. Swensson,J.R,Clinch,J.J(2000) Assessment Of Guality Of Life In Patients With Cardiac Disease:The Role Of Psychosomatic Medicine, Journal Of Psychosomatic Research,Vol(48)Pp405-415).

31. Smith,T.W,Ruiz,J.M(2002) Psychosocial Influences On The Development And Couse OF Coronary Heart Disease Courrent Status And Implications For Research And Practice Jornal Of Consulting And Clinical Paychology,June(2002)Vol(70),No(3),Pp(548-568).

32. Theorell.T,Karasek,R.A(1996) Current issues Relating To Psychosocial Job Strain And Cardiovascular Disease Research, Journal Of Occupational Health Pschology,Vol(1)Pp(9-26).

33.Thomas,P.Guch,Michael,G.Kavan,Gray,N.Elsasser,Pharm.D,Eugene,J. Barone.(2001) Assessment And Treatment Of Depression Following Myocardial Infaraction,American Family Physician.Vol(64)Pp(641-651).

34. Vonkanel.R,Mills,P.J,Fainman.C,Dimsdale.J.E(2001) Effects of Psychological

Stress and Psychiatric Disorders on Blood Coagulation and Fibrinolysis:Abiobehavioral Pathway to Coronary Artery Disease, Psychosomatic Medicine Vol(63)Pp(531-544).

35.Wortman,Camille.B,Loftus,Ellzapeth.F,Marshall,Mary.E(1999)Psychology (Fourth Edition)McGraw-Hill, United States Of America.

36. Weiten,Wayne(2000) Psychology: Themes andVariations-Brieferversion (Fourth Edition) Wads Worth Publishing Company, United Statese Of America

## مواقع شبكة المعلومات العالمية (الانترنت)

### المواقع باللغة العربية:


1. بيير، جون (2003) العوامل النفسية المؤهبة للأصابة بأمراض القلب.
(http://www.your-doctor.net)
2. خان، شاشا (2003) الضغط العاطفي يزيد من خطورة أمراض القلب.
(http://www.your-doctor.net)
3. رضا، منى (2003) القلق النفسي، الموسوعة الطبية، الصحة النفسية والعقلية والعصبية
(http://www.feedo.net)
4. محمود، سامي (2002) أمراض القلب والضغوط العاطفية
(http://www.doctorinternet.co.uk)
5. محسن، عمرو (2004) التأثير النفسي والاجتماعي على الأمراض القلبية.
(http://www.amrmohsen.net)
6. محسن،عمرو (2003) الاكتئاب وامراض القلب. (http://www.amrmohsen.net)
7. الغضب يسبب أمراض القلب (2004) (http://www.jordata.com)
8. مرض القلب العصبي (2004).(http://www.shefa-online.net)
9. الأمراض السيكوفيزيولوجية (2001) شبكة الحصن للعلوم الإنسانية: منتديات الحصن النفسي. (http://www.bafree.net)
10. الاكتئاب النفسي (2003) الموسوعة الطبية، الصحة النفسية والعقلية. (http://www.feedo.net)
11. بنود قائمة بيك للاكتئاب (2004).(http://www.swin.edu.au)
12. عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية المؤهبة لأمراض القلب (2003) (http://www.uen.org )
13. القلق وأمراض القلب (2004).(http://www.uen.org)
14. العوامل النفسية والاجتماعية المسببة للأمراض القلبية (2004). (http://www.shefa.com)

## المواقع باللغة الانجليزية:


1. Bryant. G,et.al (2001) Effectiveness of cognitive Behavioral Therapy And counseling in The Treatment of Anxiety and Depression in patient with coronary Heart Disease. (http://www.Apa.org).
2. Courts, N.F (1999) Clinical Counseling And Cognitive Behavioral Therapy In the Treatment of Depression And Anxiety In Coronary Heart Disease Patients. (http://www.Apa.org).
3. Derubies, C.D. et. al (2002) Comparison Between Treatment And cognitive Behavioral Therapy In The Treatment of Depression In cardiac patients. (http://www.Apa.org).
4. Elizabeth, C.D.Gullette and Anstasia Georgiads (2002) Cognitive Behavioural Therapy In The Treatment of Anxiety And Depression in Patients with cardiac Disease. (http://www.Scienceblog.com).
5 John. Willy (2002) Medical Conditions Sychosmatic Disease. (http://www.surgeydoor.co.uk).
6. Lenzer , A.d and Aronson, C.J (2000) Effects of Psychological Treatment In Patients with Cardiac Disease. (http://www.Apa.org).
7. Mazzica, J.M, et. Al (1999) Cognitive Behavioural Therapy In The Treatment of Depression and Anxiety In Patients with Cardiac disease. (http://www.Apa.org).
8. Sally, S. Frish, Mark. R. Guthrie and Christopher, R. Blagg (2002). Anxiety Management Training In The Treatment of cardic Disease. (http://www.uen.org).
9. Thompson. M and Medalis. D (2001) Clinical Counseling In The Treatment of Depression and Anxiety in patients with Angina. (http://www.Apa.org).
10. Thomas, P. Guck, Michael, G, Kavan , Gary, N. Elsasser pharm. D, and Eugene, J. Barone (2001) Cardiac Depression: Assessment and Treatment of Depression following myocardial Infraction . (http://www.aafp.org).
11. Cardivascular Stress Reactivity (2004). (http://www.Psyeinfo.com).
12. Depression and Heart Disease (2002) National Institute of Mental Health. (http://www.nimb.nih.gov).
13. Depression can Bereak your Heart (2004) National Institute of Mental Health. (http://www.nimb.nih.gov).
14. IIDRSI: International Index and Dictionary of Rehabilitation (Definition of term: Psychosmatic disease. (2004). (http://www.med.univ-rennes).
15. Assessment and Treatment of Depression following myocardial Infection. (2001). (http://www.aafp.org).
16. Depression Increases risk of cardiac events after surgery (2001).

    (http://www.thelancent.com).
17. Depression Increases risk of cardiac events after coronary Artery by pass surgery (2001). (http://www.scienceblog.com).
18. Medical Conditions Psychosomatic Disorders (2002). (http://www.surgerydoor.co.uk).

# الملاحـــــــــق

ملحق رقم (1)

بسم الله الرحمن الرحيم

# جامعة الخرطوم - كلية الآداب

## قسم علم النفس

التاريخ : ١/٣/٢٠٠٩م

السيـد / **المدير العام لمستشفى السودان القومي للقلب**

المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الموضوع / **السماح لطالبة الدكتوراة أماني أحمد حمد بإجراء الدراسة**

بالإشارة للموضــوع أعـــلاه نفيدكم بأن الطالبة/ أماني أحمد حمد تجري دراسة بعنوان ( **فاعلية بعض أساليب التدخل العلاجي النفسي والتدخل الارشادي في أعادة تأهيل مرضى القلب**) بأشراف الدكتور/ شمس الدين زين العابدين.

علماً بأن طبيعة الدراسة تعنى بإجراء قياسات نفسية وبتطبيق برامج نفسية تهدف لتاهيل مرضى القلب وأحداث توافق نفسي كامل لديهم، وستجرى الدراسة بسرية تأمة، ويراعى فيها جميع النواحي المهنية اللازمة في التعامل مع المرضى.

عليه نرجو السماح لها بإجراء الدراسة وتقديم العون الممكن.

ولكم جزيل الشكر والتقدير

**د. سليمان على أحمد**

رئيس قسم علم النفس

جامعة الخرطوم
كلية الآداب
APR 2009
قسم علم النفس

21.05.09

٤٤٦

ملحق رقم (2)

**استمارة المعلومات الأولية**

**بسم الله الرحمن الرحيم**

**جامعـــة الخرطـــوم/ كلية الدراسات العليا**

**قسـم علــم النفـس**

**المعلومات الأولية :-**

1. **النوع :** 1/ ذكر ☐ 2/ أنثى ☐
2. **العمر :** ........................
3. **المستوى التعليمي:** 1/ أمي ☐ 2/ أساس ☐
   3/ ثانوي ☐ 4/ جامعي ☐
   5/فوق الجامعي ☐
4. **الحالة الاجتماعية:** 1/ عازب ☐ 2/ متزوج ☐
   3/ مطلق ☐ 4/ منفصل ☐
   5/ أرمل ☐
5. **تاريخ المرض (كم سنة):**

   ............................................................

6. **هل اجريت عمليات جراحية في السابق:** 1/ نعم ☐ 2/ لا ☐
7. **اذا كان نعم** متـــى؟ ............................................................

   وكــم؟ ............................................................

ملحق رقم (3)

**الصورة الأصلية (أ)**

## <u>قائمـــة حالــــة وسمـــــــة القلــــق</u>

## STATE – TRAIT ANXIETY INVENTORY (FORM – Y)

**إعـــداد: سبيلبيرجر. جورستس. لوشين. فاج. جاكوبز.(1983)**

**Spielberger. Gorsuch. Lushne. Vagg. Jacbs**

**تعريب: أحمد محمد عبد الخالق (1992).إعداد الصورة الكويتية. بدر محمد الأنصاري (1997).**

## <u>مقياس حالة القلق</u>

**تعليمات:**

فيمايلي عدد من العبارات التي إعتاد الناس وصف أنفسهم بها، إقرأ كل عبارة، ثم ضع علامة (☒) داخل احد المربعات التالية لكل منها، لتبين ما الذي تشعر به فعلاً الآن، أي في هذه اللحظة ليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، ولا تفكر طويلاً في أي عبارة منها ولكن ضع الإجابة التي يبدو أنها تصف مشاعرك الحالية على أفضل أوجه:

| م | البند | لا مطلقاً | إلى حد ما | بدرجة متوسطة | كثيراً جداً |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | أشعـــر بالأمــان | | | | |
| 2 | أنــا متوتـــر | | | | |
| 3 | أشعر انني(على راحتي) | | | | |
| 4 | أشعــر بالإضطراب | | | | |
| 5 | أنا الأن منزعج مما قد يحدث مـن سوء حظ | | | | |
| 6 | أشعـر أني قانع (راضي) | | | | |
| 7 | أشعـر بالثقـة في النفس | | | | |
| 8 | أنا شديد العصبية(متنرفز) | | | | |
| 9 | أشعـر بالإسترخــاء | | | | |

# مقيـاس سمـة القلـق

**تعليمات:**

فيمايلي عدد من العبارات التي إعتاد الناس وصف أنفسهم بها، إقرأ كل عبارة، ثم ضع علامة (☐) داخل احد المربعات التالية لكل منها، لتبين ما الذي تشعر به فعلاً الآن، أي في هذه اللحظة، ليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، ولا تفكر طويلاً في أي عبارة منها ولكن ضع الإجابة التي يبدو أنها تصف مشاعرك الحالية على أفضل أوجه:

| م | البنـــــد | أبـداً | أحيانـاً | كثيـراً | دائمـاً |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | أشعر بالعصبية وعدم الإستقرار | | | | |
| 2 | أشعـر أننـي مقتنع بنفسي | | | | |
| 3 | أشعـر كأننـي فاشـل | | | | |
| 4 | أشعـر بالراحـــة | | | | |
| 5 | أشعر ان الصعوبات تتراكم عليّ بحيث لا استطيع التغلب عليها | | | | |
| 6 | لدّي (عندي) أفكار مزعجة | | | | |
| 7 | أشعـر بالأمـان | | | | |
| 8 | أشعـر أنني غير كفء | | | | |
| 9 | تصيبني حالة من التوتر أو الإضطراب عندما أفكر في مشاغلي وإهتماماتي في الفترة الأخيرة | | | | |

**الصورة المعدلة (ب)**

## قائمة حالة وسمة القلق

### مقياس التقدير الذاتي

**تعليمات :**

في ما يلي عدد من العبارات التي إعتاد الناس وصف أنفسهم بها، إقرأ كل عبارة، ثم ضع علامة ( ☒ ) داخل أحد المربعات التالية لكل منها، لتبين ما الذي تشعر به فعلاً الآن،ليس هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، ولا تفكر طويلاً في أي عبارة منها، فقط ضع الأجابة التي تصف مشاعرك الحالية:

| م | البنـــــد | دائمـاً | غالبـاً | أحياناً | أبداً |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | أشعـر بالأمـان | | | | |
| 2 | أنـا متوتـــر | | | | |
| 3 | أشعـر بالهـدوء | | | | |
| 4 | أشعر بالأضطراب | | | | |
| 5 | أنـا منزعــج | | | | |
| 6 | أشعـر بالرضـا | | | | |
| 7 | أشعر بالثقة في النفس | | | | |
| 8 | أنا عصبي ( متنرفز) | | | | |
| 9 | أشعر بالإسترخاء | | | | |
| 10 | أشعر بعدم الإستقرار | | | | |
| 11 | أنا مقتنـع بنفسي | | | | |
| 12 | أنـا فاشــل | | | | |
| 13 | أشعـر بالرّاحة | | | | |
| 14 | أنا عاجز عن التغلب على الصعوبات | | | | |
| 15 | أفكاري مزعجة | | | | |
| 16 | أنـا مطمئـن | | | | |
| 17 | أنـا غير كفـء | | | | |
| 18 | أنا متوتر ومضطرب في الفترة الأخيرة | | | | |

ملحق رقم (4)

**الصورة الأصلية (أ)**

**قائمة بيك للإكتئـاب Beck Depression Inventory (BDI-1)**

**تأليف بيك، سيتر Beck and Steer (1993)، تعريـب: أحمد محمد عبد الخالق (1996)،إعداد الصورة الكويتية- بدر محمد الأنصاري (1997)**

**تعليمات :**

يشتمل هذا المقياس على ( 21) مجموعة من العبارات بعد ان تقرأ كل مجموعة منها بإمعان، ضع علامة ( ☒ ) داخل المربع الذي يسبق العبارة التي تصف تماماً الحالة التي كنت تشعر بها خلال الاسبوع الماضي بما في ذلك اليوم الحالي. وإذا رأيت ان عدة عبارات في مجموعة واحدة

تنطبق عليك بنفس الدرجة فضع علامة ( ☒) داخل كل مربع يقابلها. تأكد من قراءة كل العبارات في كل مجموعة قبل أن يقع إختيارك على إحداها.

| | | |
|---|---|---|
| 1 | صفر | لا أشعر بالحزن |
| | .1 | أشعر بالحزن |
| | .2 | أنا حزين طوال الوقت ولا استطيع الخروج من هذه الحالة |
| | .3 | أنا حزين جداً وغير سعيد لدرجة أني لا استطيع تحمل هذه الحالة |
| 2 | صفر | لا اشعر بأن عزيمتي ضعيفة تجاه المستقبل |
| | .1 | أشعر بأن ثقتـي ضعيفة تجاه المستقبل |
| | .2 | أشعر أنه لا يوجد شيء أتطلع إليه في المستقبل |
| | .3 | أشعر ان المستقبل ميئوس منه، وأنه لا سبيل إلى أن تتحسن الأمور |
| 3 | صفر | لا اشعر بالفشل |
| | .1 | أشعر أنني واجهت من الفشل أكثر مما يواجه الشخص العادي |
| | .2 | عندما استرجع حياتي الماضية فكل ما أراه هو الكثير من الفشل |
| | .3 | أشعر أنني شخص فاشل تماماً |
| 4 | صفر | لا أزال أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل |
| | .1 | لا أستمتع بالأشياء كما أعتدت ان أستمتع بها من قبل |
| | .2 | لم أجد متعة حقه في أي شيء بعد |
| | .3 | أشعر بالملل من كل شيء |
| 5 | صفر | لا أشعر بالذنب بوجه خاص |
| | .1 | أشعر بالذنب لفترات طويلة من الوقت |
| | .2 | ينتابني الشعور بالذنب لفترات طويلة |
| | .3 | أشعر بالذنب طوال الوقت |
| 6 | صفر | لا أشعر أن عقاباً يحل بي الآن |
| | .1 | أشعر وكأن عقاباً يحل بي |
| | .2 | أتوقع أن يحل بي عقاب |
| | .3 | أشعر أن عقاباً يحل بي الآن |
| 7 | صفر | لا أشعر بأن أملي قد خاب في نفسي |
| | .1 | أشعر بأن املي قد خاب في نفسي |
| | .2 | أشعر بالاشمئزاز من نفسي |
| | .3 | أكره نفسي |
| 8 | صفر | لا أشعر بأنني أسوأ من اي شخص أخر |
| | .1 | أنتقد نفسي على نقاط ضعفي أو أخطائي |
| | .2 | ألوم نفسي طوال الوقت على أخطائي |
| | .3 | ألوم نفسي على كل شيء سيىء يحدث |
| 9 | صفر | لا ترادودني أي أفكار للتخلص من حياتي |
| | .1 | تنتابني أفكار للتخلص من حياتي ولكني لن انفذها |
| | .2 | أرغب في قتل نفسي |
| | .3 | لوا اتيحت لي الفرصة للإنتحار فسوف أفعل ذلك. |
| 10 | صفر | لا أبكي أكثر من المعتاد |
| | .1 | أبكي الان أكثر مما تعودت |
| | .2 | أبكي الآن طوال الوقت |
| | .3 | تعودت أن أكون قادراً على البكاء أما الآن فلا أستطيع البكاء حتى لو أردت ذلك |
| 11 | صفر | لا أشعر بالانزعاج أكثر من المعتاد |
| | .1 | أشعر بالانزعاج بسهولة أكثر مما تعودت |
| | .2 | أشعر بانني منزعجاً الآن طوال الوقت |
| | .3 | لا تزعجني بالمرة الأشياء التي تعودت ان تزعجني |
| 12 | صفر | لم أفقد الإهتمام بالآخرين |
| | .1 | أنني أقل إهتماماً بالآخرين بالمقارنة بما كنت عليه فيما مضى |
| | .2 | فقدت معظم إهتمامي بالآخرين |
| | .3 | فقدت كل إهتمامي بالآخرين |
| 13 | صفر | أتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت أصدرها بها |
| | .1 | أقوم بتأجيل القرارات أكثر مما تعودت |
| | .2 | أجد في اتخاذ القرارات صعوبة أكبر مما كنت أجد من قبل |

| | | |
|---|---|---|
| | 3. | لم اعد أستطيع إتخاذ القرارات |
| 14 | صفر<br>1.<br>2.<br>3. | لا أشعر أنني أبدو أسوأ مما كنت<br>أنا قلق لأني أبدوأ أكبر سناً أو أقل جاذبية<br>أشعر ان هناك تغيرات دائمة في مظهري تجعلني أبدو غير جذاب<br>أعتقد أنني أبدو قبيحاً |
| 15 | صفر<br>1.<br>2.<br>3. | أستطيع ان اعمل بنفس الكفاءة التي أعمل بها من قبل<br>أشعر أن البدء في عمل أي شيء أصبح يتطلب مني الآن جهداً أضافياً<br>أضطر إلى أن أضغط على نفسي بشدة كي أعمل أي شيء<br>لا أستطيع القيام بأى عمل على وجه الإطلاق |
| 16 | صفر<br>1.<br>2.<br>3. | أستطيع النوم بشكل جيد كما تعودت<br>لا انام جيداً كما كنت معتاداً<br>أستيقظ مبكراً ساعة أو ساعتين عن المعتاد ثم أجد صعوبة في العودة إلى النوم<br>أستيقظ مبكراً عدة ساعات عما تعودت، ثم لا أستطيع العودة إلى النوم ثانياً |
| 17 | صفر<br>1.<br>2.<br>3. | لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد<br>أشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت<br>أصبح التعب يدركني بسبب القيام باى عمل تقريباً<br>أشعر بالأرهاق حتى أنني لا أستطيع القيام بأى عمل |
| 18 | صفر<br>1.<br>2.<br>3. | شهيتي للطعام ليست أسوأ من المعتاد<br>لم تعد شهيتي طيبة كما كانت من قبل<br>شهيتي الآن أسوأ مما كانت بكثير<br>لم يعد لدي شهية على الإطلاق |
| 19 | صفر<br>1.<br>2.<br>3. | إحتفظت بوزني مؤخراً<br>نقص وزني أكثر من 2 كيلوجرام<br>نقص وزني أكثر من 5 كيلوجرام<br>نقص وزني أكثر من 7 كيلوجرام<br>أحاول عن عمد أن انقص وزني وذلك بالتقليل من كمية الأكل:<br>نعـ ـم لا |
| 20 | صفر<br>1<br>2<br>3 | لا أشعر بانشغال البال عن صحتي أكثر من الم<br>تشغل بالي مشاكل صحية مثل بعض الأوجاع والالام واضراب المعدة او الإمساك<br>أشعر بانشغال البال كثيراً بسبب مشاكل صعبة، ومن الصعب على التفكير في أي شيء أخر<br>أشعر بان بالي مشغول جداًبخصوص مشكلاتي الصحية لدرجةأنني لاأستطيع التفكيرفي أي شيء أخر |
| 21 | صفر<br>1<br>2<br>3 | اهتمامي بالجنس لم يتغير<br>أصبح اهتمامي بالجنس أقل مما تعودت<br>أنني الآن أقل اهتماماً بالجنس بشكل كبير<br>فقدت الاهتمام بالجنس تماماً |

**الصورة المعدلة (ب)**

## قائمة بيك للاكتئاب

### مقياس الشخصية

### تعليمات :

يشتمل هذا المقياس على ( 21) مجموعة من العبارات بعد ان تقرأ كل مجموعة منها بإمعان، ضع علامة ( ☒) داخل المربع الذي يسبق العبارة التي تصف تماماً الحالة التي كنت تشعر بها خلال الاسبوع الماضي بما في ذلك اليوم الحالي. وإذا رأيت ان عدة عبارات في مجموعة واحدة تنطبق عليك بنفس الدرجة فضع علامة ( ☒) داخل كل مربع يقابلها. تأكد من قراءة كل العبارات في كل مجموعة قبل أن يقع إختيارك على إحداها.

| | | |
|---|---|---|
| 1 | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | لا أشعر بالحزن<br>أشعر بالحزن<br>أنا حزين طوال الوقت ولا استطيع الخروج من هذه الحالة<br>أنا حزين جداً وغير سعيد لدرجة أني لا استطيع تحمل هذه الحالة |
| 2 | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | لا اشعر بأن ثقتـي ضعيفة تجاه المستقبل<br>أشعر بأن ثقتـي ضعيفة تجاه المستقبل<br>أشعر أنه لا يوجد شيء أتطلع إليه في المستقبل<br>أشعر ان المستقبل ميئوس منه، وأنه لا سبيل إلى أن تتحسن الأمور |
| 3 | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | لا اشعر بالفشل<br>أشعر أنني واجهت من الفشل أكثر مما يواجه الشخص العادي<br>عندما استرجع حياتي الماضية فكل ما أراه هو الكثير من الفشل<br>أشعر أنني شخص فاشل تماماً |
| 4 | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | لا أزال أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل<br>لا أستمتع بالأشياء كما أعتدت ان أستمتع بها من قبل<br>لم أجد متعة حقه في أي شيء بعد<br>أشعر بالملل من كل شيء |
| 5 | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | لا أشعر بالذنب بوجه خاص<br>أشعر بالذنب لفترات طويلة من الوقت<br>ينتابني الشعور بالذنب لفترات طويلة<br>أشعر بالذنب طوال الوقت |
| 6 | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | لا أشعر أن عقاباً يحل بي الآن<br>أشعر وكأن عقاباً يحل بي<br>أتوقع أن يحل بي عقاب<br>أشعر أن عقاباً يحل بي الآن |
| 7 | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | لا أشعر بأن أملي قد خاب في نفسي<br>أشعر بأن املي قد خاب في نفسي<br>أشعر بالاشمئزاز من نفسي<br>أكره نفسي |
| 8 | ☐<br>☐<br>☐ | لا أشعر بأنني أسوأ من اي شخص أخر<br>أنتقد نفسي على نقاط ضعفي أو أخطائي<br>ألوم نفسي طوال الوقت على أخطائي |

| | | |
|---|---|---|
| | | ألوم نفسي على كل شيء سيىء يحدث |
| 9 | | لا ترادودني أي أفكار للتخلص من حياتي<br>تنتابني أفكار للتخلص من حياتي ولكني لن انفذها<br>أرغب في قتل نفسي<br>لوا اتيحت لي الفرصة للإنتحار فسوف أفعل ذلك. |
| 10 | | لا أبكي أكثر من المعتاد<br>أبكي الان أكثر مما تعودت<br>أبكي الآن طوال الوقت<br>تعودت أن أكون قادراً على البكاء أما الآن فلا أستطيع البكاء حتى لوأردت ذلك |
| 11 | | لا أشعر بالانزعاج أكثر من المعتاد<br>أشعر بالانزعاج بسهولة أكثر مما تعودت<br>أشعر بانني منزعجاً الآن طوال الوقت<br>لا تزعجني بالمرة الأشياء التي تعودت ان تزعجني |
| 12 | | لم أفقد الإهتمام بالآخرين<br>أنني أقل إهتماماً بالآخرين بالمقارنة بما كنت عليه فيما مضى<br>فقدت معظم إهتمامي بالآخرين<br>فقدت كل إهتمامي بالآخرين |
| 13 | | أتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت أصدرها بها<br>أقوم بتأجيل القرارات أكثر مما تعودت<br>أجد في اتخاذ القرارات صعوبة أكبر مما كنت أجد من قبل<br>لم اعد أستطيع إتخاذ القرارات |
| 14 | | لا أشعر أنني أبدو أسوأ مما كنت<br>أنا قلق لأني أبدوأ أكبر سناً أو أقل جاذبية<br>أشعر ان هناك تغيرات دائمة في مظهري تجعلني أبدو غير جذاب<br>أعتقد أنني أبدو قبيحاً |
| 15 | | أستطيع ان اعمل بنفس الكفاءة التي أعمل بها من قبل<br>أشعر أن البدء في عمل أي شيء أصبح يتطلب مني الآن جهداً أضافياً<br>أضطر إلى أن أضغط على نفسي بشدة كي أعمل أي شيء<br>لا أستطيع القيام بأى عمل على وجه الإطلاق |
| 16 | | أستطيع النوم بشكل جيد كما تعودت<br>لا انام جيداً كما كنت معتاداً<br>أستيقظ مبكراً ساعة أو ساعتين عن المعتاد ثم أجد صعوبة في العودة إلى النوم<br>أستيقظ مبكراً عدة ساعات عما تعودت، ثم لا أستطيع العودة إلى النوم ثانياً |
| 17 | | لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد<br>أشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت<br>أصبح التعب يدركني بسبب القيام باى عمل تقريباً<br>أشعر بالأرهاق حتى أنني لا أستطيع القيام بأى عمل |
| 18 | | شهيتي للطعام ليست أسوأ من المعتاد<br>لم تعد شهيتي طيبة كما كانت من قبل<br>شهيتي الآن أسوأ مما كانت بكثير<br>لم يعد لدي شهية على الإطلاق |
| 19 | | إحتفظت بوزني مؤخراً |

| | | |
|---|---|---|
| | ☐<br>☐<br>☐ | نقص وزني أكثر من 2 كيلوجرام<br>نقص وزني أكثر من 5 كيلوجرام<br>نقص وزني أكثر من 7 كيلوجرام |
| 20 | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | لا أشعر بانشغال البال عن صحتي أكثر من المعتاد<br>تشغل بالي مشاكل صحية مثل بعض الأوجاع والآلام وأضراب المعدة أو الإمساك<br>أشعر بانشغال البال كثيراً بسبب مشاكل صعبة، ومن الصعب على التفكيرفي أي شيء أخر<br>أشعر بان بالي مشغول جدأبخصوص مشكلاتي الصحيةلدرجة أنني لاأستطيع التفكيرفي أي شيء أخر |
| 21 | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | اهتمامي بالجنس لم يتغير<br>أصبح اهتمامي بالجنس أقل مما تعودت<br>أنني الآن أقل اهتماماً بالجنس بشكل كبير<br>فقدت الاهتمام بالجنس تماماً |

ملحـــق رقـــــم (5)

## الخطوات الاجرائية للجلسات العلاجية

### الجلسة الأولى (جلسة الإعداد والتهيئة-Pre-Preparation):

1. تبدأ الجلسة بالتحية والترحيب بالمريض.
2. يتعارف كل من المعالج والمريض.
3. يقدم المعالج للمريض شرح للعلاج النفسي.
4. توضيح الفائدة التي يحصل عليها المريض من البرنامج العلاجي.
5. تحديد زمان ومكان إجراء المقابلات التالية.
6. إنهاء الجلسة يتم بتوديع المريض والإشارة إلى موعد الجلسة القادمة إنشاء الله.

### الجلسة الثانية (جلسة التقويم القبلي-Pre-Evaluation):

1. شرح الهدف من إجراء المقاييس النفسية وكيفية اجرائها.
2. تأكيد السرية التامة التي سوف تكتنف تطبيق المقاييس النفسية.
3. تطبيق المقاييس النفسية.
4. ملاحظة ما يعتري المريض من انفعالات اثناء إجراء المقاييس.
5. مناقشة وتفسير وتوضيح نتائج المقاييس.
6. إذا تبين ان المريض مرتفع القلق والاكتئاب بالتالي يكون ملائما للعلاج النفسي.
7. إنهاءالجلسة يتم بالإشارة الي ان البرنامج العلاجي سوف يطبق عليه بدا من الجلسةالقادمة إنشاء الله.

### جلسات التدخل الرئيسي (Core Intervention):

1. يتم فيها تدريب المريض على الآتي:

أ. مهارات الاسترخاء العضلي المنظم.

ب. مهارات التعامل مـع المواقـف المثيرة للقلـق (التحصين التدريجي المنظم).

جـ. مهارات التعامل مع الأفكار السلبية المسببة للاكتئاب (إعـادة البنيـة المعرفية).

2. ويدعم الجلسات العلاجية اتباع أسلـوب العـلاج النفسـي الدينـي.

3. ويتبع تعلم المهارات التدعيم.

**<u>الجلسة الثالثة:</u>**

1. يحصل المريض على وصف القلق والاكتئاب.( ملحق رقم " 8/7 " ).
2. تزويد المريض بعرض للعلاج (من قبيل عرض اهمية المراقبة الذاتية، والواجبات المنزلية، والحضور المنتظم).
3. اتباع أسلوب العلاج النفسي الديني.
4. تحديد الواجب المنزلي الذي تعكسه عمليات المراقبة الذاتية لحالات القلق والاكتئاب.

**<u>الجلسة الرابعة:</u>**

1. مراجعة نماذج المراقبة الذاتية, يتبعها تدعيما.
2. مناقشة منطق المجموعات العضلية الاثنتي عشرة ( اسفل واعلى الزراعين، اسفل وأعلى الساقين، البطن، الصدر، الكتفين، الرقبة، الوجه، العينين، اسفل واعلى الجبهة) التي تخضع للاسترخاء العضلي العميق.
3. ممارسة تمرين الاسترخاء خلال الجلسة.
4. إتباع أسلوب العلاج النفسي الدينى.
5. تحديد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية, وتمارين الاسترخاء العضلي.

**<u>الجلسة الخامسة:</u>**

1. مراجعة نماذج المراقبة الذاتية ونتائج ممارسة الاسترخاء, يتبع ذلك تدعيما.
2. ممارسة الاسترخاء العضلي للمجموعات العضلية الاثنتي عشرة وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء.
3. تعريف المريض بدور المعارف والادراكات في استمرار القلق والاكتئاب (مثل التحدث عن طبيعة الافكار السلبية, مع ضرب امثلة مما يذكره المريض).
4. وصف احتمالات صدور معارف وادراكات وأفكار المريض المبالغ فيها.
5. تعريف المريض بكيفية المراقبة المعرفية لأفكاره.
6. إتباع أسلوب العلاج النفسي الدينى.
7. تحديد الواجب المنزلي:مراقبة ذاتية للقلق والاكتئاب, ومراقبة معرفية, ومقاومة الأفكار السلبية, وممارسة تمارين الاسترخاء.

**<u>الجلسة السادسة:</u>**

1. مراجعة(مراقبة ذاتية, ونتائج ممارسة الاسترخاء, ومقاومة احتمالات المبالغة في التقدير), يتبعها تدعيما.
2. تدريب ثماني مجموعات عضلية ( البطن، الصدر، الكتفين، الرقبة، الوجه، اسفل واعلى الجبهة) وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء.

3. وصف المعارف والادراكات السلبية وكيفية مقاومتها.
4. إتباع أسلوب العلاج النفسي الديني.
5. تحديد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية للقلق والاكتئاب, والمراقبة المعرفية، وطرق مقاومة الأفكار السلبية, وتمارين الاسترخاء.

**<u>الجلسة السابعة:</u>**

1. مراجعة(مراقبة ذاتية, نتائج ممارسة تمارين الاسترخاء, ومقاومة الأفكار السلبية), يتبعها تدعيما.
2. تدريب ثماني مجموعات عضلية وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء, وتقديم تعميما للمارسة.
3. مراجعة ضروب وانواع المعارف السلبية المسببة للقلق والاكتئاب, وطرق مقاومتها.
4. إتباع أسلوب العلاج النفسي الديني.
5. تحديد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية للقلق والاكتئاب, ومراقبة معرفية, ومقاومة مضادة للأفكار السلبية, وتمارين الاسترخاء.

**<u>الجلسة الثامنة:</u>**

1. مراجعة (مراقبة ذاتية, ونتائج ممارسة الاسترخاء, والمقاومة المضادة للافكار السلبية), يتبعها تدعيما.
2. تدريب اربع مجموعات عضلية ( البطن، الصدر، الكتفين، الجبهة) على الاسترخاء العضلي العميق.
3. تعريف المريض بكيفية التعرض وتصور المواقف المثيرة للقلق.
4. تحديد المنبهات الرئيسية (المواقف او الأفكار المثيرة للقلق).
5. إعداد مدرج المنبهات المثيرة للقلق.
6. تحديد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية للقلق والاكتئاب، ومراقبة معرفية، ومقاومة مضادة للأفكار السلبية، وتمارين الاسترخاء, والتعرض لمصادر القلق يوميا.

**<u>الجلسة التاسعة:</u>**

1. مراجعة (مراقبة ذاتية, ونتائج ممارسة تمارين الاسترخاء, والمواجهة والمقاومة المعرفية, وتمارين التعرض للمواقف المثيرة للقلق ), يتبعها تدعيما.
2. تعريف المريض كيفية الاسترخاء باستحضاره ذهنيا (وليس من خلال الممارسة البدنية الفعلية ).
3. مراجعة منطق التعرض للمواقف المثيرة للقلق.
4. عرض المنبهات على المريض تبعا للترتيب الذي حدده بناءا على الشدة.
5. إتباع أسلوب العلاج النفسي الديني.
6. تحديد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية للقلق والاكتئاب, مراقبة معرفية, ومقاومة مضادة للأفكار السلبية, وتمارين تعرض للمواقف المثيرة للقلق, واستحضار الاسترخاء ذهنيا.

**<u>الجلسة العاشرة ( جلسة التقويم البعدي/ Post- Evaluation):</u>**

1. مراجعة(مراقبة ذاتية, ومقاومة مضادة معرفية, والتعرض للمواقف المثيرة للقق,واستحضار الاسترخاء ذهنيا), يتبع ذلك تدعيما.
2. تعميم أساليب الاسترخاء العضلي العميق.
3. مراجعة كل أساليب البرنامج العلاجي التي تعلمها المريض خلال الجلسات السابقة.
4. إتباع أسلوب العلاج النفسي الدينى.
5. تطبيق المقاييس التي استخدمت في القياس القبلي.
6. مقارنة النتائج بين القياس القبلي والقياس البعدي.
7. مناقشة المريض عن مدى شعوره بالتحسن.
8. مناقشة طرق التطبيق المستمر لكل الأساليب التي يشتمل عليها برنامج علاج القلق والاكتئاب.

<u>**تفاصيل الجلسات العلاجية**</u>

## الجلسة الأولى ( جلسة الإعداد والتهيئة ):

1. تبدأ الجلسة الأولى بالتحية والمصافحة والترحيب بالمريض واستقباله استقبالا دافئا وديا.
2. ويشمل البدأ أيضا ابتسامة المعالج المريحة نفسيا للمريض، وكذلك المشاعر الودية المتسمة بالصدق والتعاطف الوجداني.
3. يتعارف كل من المعالج والمريض. ثم حديث عام عن صحة المريض، عن جو المستشفى، عن سير العلاج، او اى من الموضوعات العامة والخبرات السارة لتخفيف التوتر والقلق عند المريض, ويدخل إلى نفسه الطمأنينة ويشعره بألفة الجو الجديد الذي هو فيه, ولكن دون الإكثار في الحديث الجانبي حتى لا يشعر المريض بالضيق.
4. يستجيب المعالج للمريض في بشاشة وتسامح وصداقة وتقبل وتقدير وفهم واحترام ورغبة صادقة في مساعدته.
5. المريض لا يعرف شئياً عن البرنامج العلاجي، او قد يحمل معه معلومات خاطئة عن عملية العلاج النفسي، فمهمة المعالج هنا أن يقدم شرح للعلاج النفسي وأن يدير النقاش حول الافكار الخاطئة التي يتبناها المريض حول العلاج النفسي وذلك من أجل استثارة دافعيته لقبول العلاج.
6. توضيح الفائدة التي يحصل عليها المريض من البرنامج العلاجي لاقناعه بالمشاركة.
7. إبداء الاستعداد للمساعدة وتشجيع المريض على الكلام، ويؤكد المعالج للمريض ان سرية المعلومات أمر مفروق منه، فابسط قواعد العلاج النفسي السرية المطلقة، وان كل ما يقال يلقى من المعالج كل عناية واهتمام.
8. تشجيع المريض على الصدق والصراحة والتلقائية.
9. حث المريض على التعاون والدقة والموضوعية.
10. تحديد زمان ومكان إجراء المقابلات التالية.
11. إنهاء الجلسة يتم بتوديع المريض بعبارات تشعره بالحب والمودة وتعطيه مزيدا من التدعيم والتشجيع, والإشارة إلى موعد الجلسة القادمة إنشاء الله.

## الجلسة الثانية (جلسة التقويم القبلى ):

1. على المعالج ان يشرح للمريض الهدف من إجراء المقاييس النفسية، وأهمية النتائج المترتبة عليها، في جو من الالفة والثقة والتفاهم.
2. على المعالج ان يشرح للمريض السرية التامة التي سوف تكتنف تطبيق المقاييس النفسية حتى يطمئن المريض إلى إجرائها.
3. بعد موافقة المريض على تطبيق المقاييس يجب على المعالج ان يشرح له كيفية إجرائها، وتوضيح التعليمات المتعلقة بتطبيقها، وان يحدد له الزمن اللازم لتطبيقها، وان يفسر له الغامض في بنودها.
4. بعد ذلك يتم تطبيق المقاييس النفسية ( مقاييس التقويم القبلي ).

أ. قائمة حالة وسمة القلق. ( ملحق رقم " 3 " ).

ب. قائمة بيك للاكتئاب. ( ملحق رقم " 4 " ).

5. عندما يسترسل المريض في تطبيق المقاييس ويطمئن المعالج لذلك، يبدأ المعالج في ملاحظة ما يعترى المريض من انفعالات اثناء إجابته على بنود المقاييس (اضطراب، قلق، عدم اهتمام, الخ... ).
6. بعد تصحيح المقاييس على المعالج ألا يعزل المريض عن نتائج المقاييس التي أجراها، وعليه ان يشجع المريض على المشاركة الايجابية الفعالة في تفسير نتائجها، وإبداء الرأي حولها، وتقديم الملاحظات عليها بجدية واهتمام ولعل من انسب العبارات التي يمكن للمعالج ان يستخدمها في سبيل ممارسة هذه المهارة تكون على النحو الآتي:- والآن كيف ترى نتائج هذه المقاييس وعلاقتها بما تعرفه عن نفسك ؟
7. ولان هناك مقياسان طبقا في وقت واحد على المعالج قبل البدأ في مناقشة نتائج اى منهما ان يوضح للمريض ايهما سوف يبدأ بمناقشة نتائجه ولا ينتقل من مناقشة نتائج المقياس إلى نتائج المقياس الآخر إلا بعد ان يستوفى المقياس الاول حقه من كل جوانبه فيما يتعلق من تفسير, وتحليل, وتوضيح, وإقناع بنتائجه.
8. بعد التقييم الأولى إذا تبين ان المريض مرتفع القلق والاكتئاب، بالتالي يكون ملائما للعلاج النفسي.
9. يتم إنهاء الجلسة بان يوضح المعالج للمريض ان البرنامج العلاجي سوف يطبق عليه بدا من الجلسة القادمة إنشاء الله.

## جلسات التدخل الرئيسي

1. ويتم فيها تدريب المريض على اكتساب المهارات اللازمة لتحقيق أهداف العلاج من خلال استخدام أفضل اساليب العلاج على ان تشمل كل جلسة، تدريب على اساليب تحقيق أهداف العلاج ثم تنتهي بالواجب المنزلي.
2. وفى علاجنا للقلق والاكتئاب يتم تدريب المريض على الاتى:-

مهارات الاسترخاء العضلي المنظم( ملحق رقم " 11 ").

مهارات التعامل مع المواقف المثيرة للقلق ( التحصين التدريجي المنظم). ( ملحق رقم " 9 ").

مهارات التعامل مع الافكار السلبية المسببة للاكتئاب (إعادة البنية المعرفية). (ملحق رقم " 10").

3. ويشمل كل هدف(تعلم مهارة)محورا لجلسةعلاجية اوجلستين احيانا اواكثر.
4. ويتبع تعلم المهارات التدعيم وذلك لتشجيع المريض للاستمرار في البرنامج العلاجي واداء الواجبات المنزلية. ( ملحق رقم " 13 " ).
5. ويدعم الجلسات العلاجية إتباع اسلوب العلاج النفسي الديني الذي يعين المريض على تقبل مرضه والرضاء بقضاء الله وقدره. ( ملحق رقم " 12 " ).

**الجلسة الثالثة:**

1. تتصرف هذه الجلسة لاستعراض برنامج العلاج واحاطة المريض به بقدر ما توظف لوصف طبيعة القلق والاكتئاب.
2. المعالج / لقد اعددنا هذا البرنامج العلاجي لمساعدتك في تعلم مهارات مواجهة القلق والاكتئاب وتطويرها فضلا عن تدريبك على مهارات مقاومة القلق والاكتئاب الشديدين، ولان هذا البرنامج يتضمن كل من التعلم والتدريب على بعض المهارات التطبيقية, فسيكون هناك بعض التمرينات التي سنكلفك بإتقانها وممارستها في جلساتنا العلاجية ، وسنرتب لك الآن ثمانية جلسات، يستغرق كل منها في حدود نصف الساعة. ونود يا سيدي (سيدتي ) ان نستمع منك إلى ضروب المشكلات التي تعانى منها.
3. هنا يعطى المريض فرصة للتحدث عن المشكلات التي يعانى منها والأعراض المرضية التي يشكو منها ويأخذ الفرصة كاملة ( للتنفيس الانفعالي ), وبذلك يحصل المعالج على وصف لحالته الانفعالية والأعراض المرضية التي يعانى منها.
4. المعالج / ما ذكرته يتفق تماما مع الأعراض التي يعانى منها الأفراد الذين يصابون بالقلق والاكتئاب فاسمح لي ان أقدم لك عرضا لطبيعة القلق والاكتئاب(هنا يقدم المعالج وصفا لطبيعة القلق والاكتئاب). ( ملحق رقم " 8/7 " ).
5. بعد ان يحيط المعالج المريض علما بطبيعة القلق والاكتئاب يضيف- ان ثمة عنصر آخر مهم في هذا البرنامج ألا وهو المراقبة الذاتية والواجب المنزلي، قائلا: ستسمح لك عملية المراقبة الذاتية لمستويات قلقك واكتئابك، ان تكون مراقب اشد دقة لخبراتك وأفكارك، فيمكن ان تذكرلى انك تشعر بالقلق والاكتئاب باستمرار ولكن عندما تبدأ في مراقبة نفسك، ستكتشف انك خلال بعض أيام الأسبوع تكون أحسن او أسوا من حيث الشكوى من القلق والاكتئاب وعن طريق مراقبتك لدرجة تحسنك تستطيع تقويم مدى فعالية البرنامج العلاجي الذي قدمناه لك.
6. يدعم هذا الجلسة إتباع اسلوب العلاج النفسي الديني, يتبعه تحديد الواجب المنزلي الذي تعكسه عمليات المراقبة الذاتية.
7. يعطى المعالج المريض تعليمات محددة لكيفية استخدام سجلات القلق والاكتئاب اليومية، وملء جدول المراقبة الذاتية.
8. المعالج/ خلال هذا الأسبوع, من المهم ان تنتبه بشدة لأنماط الافكار التي تشغلك عندما تقلق او تكتئب وتوجه انتباها خاصا للاحساسات الجسمية وأنماط السلوك التي تصاحب هذه الافكار المقلقة اوالمحزنة.
9. ويذكر المعالج المريض بان من الضروري ان يمارس بانتظام الواجبات المنزلية لدرجة التمكن، حتى تحل الافكار الايجابية محل الافكار السلبية، ولكي يتخلص من الافكار وأنماط السلوك التي تسبب له هذه المستويات الشديدة من القلق والاكتئاب، ذلك ان التثبيت التام لهذه المهارات يستغرق وقتا وممارسة يومية .

10. ويستطيع المعالج ان يقدم حافزا من خلال إيضاحه ان المرضى الذين يكملون الواجبات المنزلية، يتحسنون عموما بشكل أسرع.

## **الجلسة الرابعة:**

1. في هذه الجلسة يبدأ المعالج اجراء مراجعة مختصرة للمراقبة الذاتية على مدى الأيام الماضية.
2. المعالج / دعنا نبدأ جلسة اليوم بمراجعة الجداول أو سجلات الواجبات والمراقبة الذاتية اليومية.
3. المعالج / شي عظيم جدا انك راقبت نفسك بشكل منتظم, ان كم الوقت الذي أنفقته في المراقبة وممارسة المهارات سيرتبط مباشرة بكم الفائدة التي ستحصل عليها من هذا البرنامج العلاجي.
4. ثم يطلب المعالج من المريض ان يستحضر صور الشد العصبي العام والاستثارة الشديدة التي سببت قلقه الشديد والتي ربما يكون قد نشأ عنها القلق والانزعاج المفرط.
5. المعالج / اليوم ستتعلم الاسترخاء العضلي التصاعدي وعن طريق تعلم كيفية استرخاء عضلاتك الجسمية, يمكنك إيقاف قلقك، ويتضمن تمرين الاسترخاء العضلي التصاعدي شد العضلات عصبيا وارخائها حتى يتبدد هذا الشد, وسنبدأ بعدد وافر من المجموعات العضلية التي يتم تدريبها على الاسترخاء, ونقلل هذه المجموعات كلما ازدادت مهاراتك في الاسترخاء, وسنبدأ التمرين على اثني عشرة مجموعة عضلية تنخفض مع تقدم مهاراتك في الاسترخاء إلى ثمانية, فأخيرا التدريب على اربع مجموعات فقط، ويستغرق التمرين في بداياته الأولى ثلاثين دقيقة, وبالتدريج ستحتاج إلى وقت اقل حتى تستغرق في الاسترخاء تماما. وتذكر او تنبه, انه لان الاسترخاء مهارة, فلكي تتعلمها وتتقنها لا بد من تفريغ بعض الوقت لممارستها حتى تصبح خبيرا فيها.
6. بعد ذلك يبدأ المعالج في شرح اجرآءات الاسترخاء للمريض حيث يبدأ الإجراء بالشد العصبي في العضلات ثم استرخائها او تفريغها من الشد والتوتر.
7. المعالج / وعن طريق الشد والتوتر, تستطيع إبراز الشعور بالراحة والاسترخاء مثلما تميز على مدى اليوم بين نوبات الشد التي تتسرب بلا وعى لعضلاتك الجسمية, ان شد العضلات عصبيا لا يسبب أي الآم فيها, ولكنه مجرد إحساس بالتوتر او الضغط العصبي, وعليك ان تبدأ التمرين بالشد ثم الراحة والاسترخاء (لعضلات أسفل وأعلى الذراعين, وعضلات أسفل وأعلى الساقين, فعضلات البطن, والصدر, فالكتفين, فالرقبة, والوجه, ثم العينين، وأخيرا أسفل وأعلى الجبهة).
8. ثم يضيف المعالج / لتكن حريصا تماما على ممارسة التمرينات منذ البداية في أماكن هادئة ولا تثير التشتيت. إن التركيز عنصر اساسى في تعلم كيفية الاسترخاء, وهذا معناه استبعاد كل من الهاتف والمذياع والتلفاز او الأطفال الرضع من حولك اثناء ممارسة الاسترخاء, وربما يساعدك التمدد في سريرك اثناء أداء التمرينات بشرط التأكد من اليقظة وعدم الاستسلام للنوم, ويجب خلع النظارات, والعدسات اللاصقة, والأحذية, والاحذمة, وما أشبه. يجب عليك ممارسة هذا التمرين مرتين يوميا لمدة ثلاثين دقيقة لكل مرة, وذلك طوال الأسبوع القادم. والآن سنبدأ بإجراءات تمارين الاسترخاء التي ستقوم بها. ( يبدأ المعالج في إجراءات الاسترخاء للمجموعات الاثنتي عشر ).
9. بعد الانتهاء من جلسة الاسترخاء يسأل المعالج المريض, كيف حالك ؟.

10. وأخيرا يوضح المعالج للمريض انه عند ممارسته للاسترخاء لاول مرة يجد ان الاجراءات وما تثيره من رعب يرجع إلى الشعور بأنه لا يستطيع السيطرة على مشاعره من قبيل الحرص على اليقظة وعدم النوم والعجز عن الحركة, وكلما تم ممارسة الاسترخاء, قلت هذه المشاعر وتم السيطرة عليها.

11. وأخيرا يوصى المربض بممارسة تمارين الاسترخاء, ويعطى جدولا لتمرينات المراقبة الذاتية وملاحظة أي مشكلات في التركيز او في الاسترخاء.

**الجلسة الخامسة:**

1. نبدأ بمراجعة الواجبات المنزلية وتمرينات الاسترخاء على مدى الأيام الماضية لكل المجموعات الاثنتي عشر والتأكد من مدى إتقان تمييزها بين حالات الشد العصبي وحالات لاسترخاء.

2. وبعد مراجعة المعالج مع المريض هذا الأسلوب وتقديم الدعم المطلوب, يبدأ تدريب المريض على مهارات التعامل مع الافكار السلبية المسببة للاكتئاب ( مهارات إعادة البنية المعرفية او ما يسمى بإعادة التنظيم المعرفي ).

3. المعالج/ تذكر ان أفكارك عبارة عن وسيلة لتحديد عواطفك وانفعالاتك من قبيل القلق والاكتئاب, وفيما يتصل بالاكتئاب والأفكار المثيرة له, فان السؤال الاساسى الذي ينبغي ان تطرحه على نفسك هو ما إذا كان حكمك على مصادر الاكتئاب (الحزن) حكما صادقا, بمعنى انه تؤيده أدلة واقعية, ففي عديد من الحالات نجد ان كثيرا من نتائج الاحتمالات المخيفة التي يسوقها المرضى نتيجة لما يعانونه من اكتئاب لا أساس لها من الصحة. وعند انشغالك بالحزن وأفكارك المثيرة للاكتئاب, انتبه إلى مجموعة من المبادئ الاساسية:

**أولا:-** إن انشغالك بأفكارك لا يعنى انك تفكر تفكيرا ايجابيا.

**ثانيا:-** لان التفكير في الغالب عملية تلقائية فسيكون صعبا عليك في البداية تحديد هذه الافكار عندما تكون مكتئبا.

4. ثم يضيف المعالج / في كل وقت تفكر فيه ( بان احتمالا معينا من الممكن حدوثه) يمكنك استبعاده بفعالية من خلال الأدلة التي ترفض هذا الحدوث, او ترفض هذا الاعتقاد. أضف إلى ما سبق, ان انزعاجك لحدث مستقبلي لن يغير اى شي من إمكانية وقوعه, ومن ثم فلا داعي للحزن والاكتئاب, وما نحزن لحدوثه, سيحدث مما يجعلك اكثر شعورا للحزن والاكتئاب.

5. بعد ذلك ينبه المعالج المريض قائلا: - عليك من الآن فصاعدا مواجهة الافكار السلبية بان تسأل نفسك:

أ. ما الدليل على صحة اعتقادي او تنبؤي بحدوث هذا الأذى الشديد ؟

ب. وهل توجد احتمالات أخرى بديلة يمكنني التفكير فيها ؟

6. ويضيف المعالج / عليك ان تبدأ خلال هذه الأيام في تسجيل حزنك او اكتئابك في سجل المراقبة الذاتية للافكار والادراكات المعرفية. دون وسجل باختصار الافكار التي ترد الي ذهنك في كل وقت تشعر فيه بالاكتئاب او الحزن بسبب فكرة محددة ولحدوث شي ما. عليك تحديد الحدث الذي سبب الحزن في العمود الاول, ثم أكتب أسفله الفكرة السلبية المحددة وضع تقديرا لحزنك يتراوح بين صفر وثمانية درجات, وضع في العمود الثاني النسبة المئوية لاحتمالات حدوث هذه الافكار السلبية علما بان المدى يتراوح بين صفر إلى 100 %. عليك من الآن فصاعدا مواجهة هذه الأفكار السلبية, واسأل نفسك قائلا ما

اسوأ نتيجة محتملة يمكن ان تترتب على هذه الافكار السلبية, واكتبها في أسفل الجدول, إذا ما ظل مستوى الحزن لديك متوسط اى (4 درجات او أعلى من ذلك علـى مقياس تتـراوح الدرجات عليه من صفر إلى 8 درجات ) ارجع مرة أخرى للعمود الاول وكرر الإجراء نفسه, مستخدما اسواء النتائج المحتملة والمحزنة التي كتبتها أسفل العمود المسجل فيه الحدث الذي يتبعها, واستمر على هذا النحو حتى يصبح مستوى حزنك ثلاث درجات او اقل.

7. اتباع أسلوب العلاج النفسي الديني.
8. تحديد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية للقلق والاكتئاب ، ومراقبة معرفية ومقاومة لأفكار السلبية، وومارسة تمارين الاسترخاء.
9. ثم تختم الجلسة بان يذكر المعالج للمريض بأنه سيتحدث عن استراتيجيات معرفية أخرى لمواجهة حزنه واكتئابه في الجلسة التالية إنشاء الله.

## الجلسة السادسة:

1. تبدأ الجلسة بمراجعة الأحداث التي واجهها المريض في الأيام الماضية ومراجعة تمرينات الاسترخاء كواجب منزلي.

2. يقدم المعالج للمريض في هذه الجلسة تمرينات الاسترخاء لثماني مجموعات فقط من العضلات الجسمية وهي ( البطن، الصدر، الكتفين، الرقبة، الوجه، العينين، اسفل الجبهة، أعلى الجبهة) لكي نبدأ في جعل استراتيجيات الاسترخاء اكثر قابلية للتطبيق بشكل واقعي في المواقف الطبيعية في الحياة, وعند تخفيض عدد المجموعات العضلية على المعالج ان يعطى المريض تعليمات بالاستمرار في تمرين اى مجموعة عضلية من المجموعات التي لا زالت تعانى من الشد العصبي ( مثال ذلك: فإذا ما ظل المريض يذكر ان عضلات الفك والأسنان لازالت تعانى من الشد والتوتر, على المعالج ان يعطى له تعليمات لقضاء وقت اضافى للتركيز على تدريب هذه العضلات عند أداء التمرينات). وبعد تسميع هذه التمرينات ومراجعتها, تتم مراجعة نتائج المبالغة في تقدير نتائج الاحتمالات ونقض الافكار المأساوية ونتائج محاولات المريض للتخلص منها

3. يشرح المعالج للمريض مفهوم ( التفكير الماساوى) او ما يسمى ب ( النظر إلى الحدث على انه كارثة او مأساة ). ويشير هذا المفهوم إلى الميل إلى إعطاء الأمور وزنا لا يتسق وحجمها الطبيعي او الميل إلى ( بناء جبال من الغبار الجليدي) او ( يجعل من الحبة قبة كما يقولون )..إن استخدام تعبيرات من قبيل (لا أستطيع تحمل كذا ), او ( شي مروع ومخيف ), او (شي لا يمكن تحمله ) او(شي رهيب وكريه لدرجة لا تطاق ), لوصف الأحداث السلبية مستقبلا يمثل واحدة من طرق التفكير الماساوى.

4. يذكر المعالج للمريض ان كثيرا من الأفراد الذين يعانون من القلق والاكتئاب المزمن, يبالغون في عجزهم عن مواجهة الأحداث السلبية المستقبلية والتوافق معها ويميلون أيضا للاعتقاد بان الحدث ربما يستمر وقوعه إلى الأبد. وحتى إذا ما وقع لك حادث سلبي جدا من قبيل فقد شخص عزيز عليك, او المعاناة من مرض خطير، فيجب ان تكون قادرا على مواجهته والتوافق معه برغم شعورك بأنك لا تستطيع ذلك, فربما تشعر بكل قوتك انك عاجز عن مواجهة هذا الحدث السلبي, ولكن الحقيقة ان السمة المميزة للإنسان انه يملك قدرة لا حدود لها في التوافق مع كل ما يحيط به من أحداث ومواقف.

5. هنا يحاول المعالج ان يستخلص بعض أفكار المريض الماساوية ويعمل على تفنيدها.

6. المعالج / أذن كما ترى فان هذه الصورة الذهنية المأساوية يمكنها ان ترفع مستوى حزنك واكتئابك, ولذا لكي تقاوم أفكارك المأساوية, دون أفكارك المثيرة للحزن كتابة في سجل المراقبة المعرفية كما كنت تفعل ذلك بالنسبة لسجـل المبالغة في تقدير الاحتمالات. واسأل نفسك بعد ذلك: -

أ. ما اسوأ نتيجة يمكن ان تحدث ؟.

ب. وإذا ما حدثت فماذا تعنى بالنسبة لك ؟.

ج. ولماذا ندركها على أنها نتيجة سيئة ؟.

د. وما مدى احتمالية حدوثها ؟.

ه. وكيف يمكن التعايش معها ومواجهتها إذا كان متوقعا حدوثها ؟.

7. ثم يذكر المعالج للمريض ان عليه ملاحظة الانخفاض المتزايد في مستوى اكتئابه وحزنه عند توظيفه لاستراتيجياته المعرفية بانتظام عند مناقشة كل فكرة مأساوية على حدة وعند مناقشة كل فكرة او صورة ذهنية مثيرة للحزن والاكتئاب.

8. ثم تختم الجلسة بإتباع اسلوب العلاج النفسي الديني.
9. بعد ذلك يتم تحديد الواجب المنزلي (مراقبة ذاتية للقلق والاكتئاب, والمراقبة المعرفية، وطرق مقاومتها,وممارسة تمارين الاسترخاء العضلي العميق للمجموعات العضلية الثمانية لإدماجه ضمن التدريب التمييزى ).

## الجلسة السابعة:

1. مراجعة أنماط الافكار المعرفية المولدة للاكتئاب ( كالمبالغة في تقديرالاحتمالات, والتفكير المأساوي ), وطرق مقاومتها.
2. مراجعة تمارين الاسترخاء العضلي العميق للمجموعات الثمانية وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء وتقديم تعميماً للمارسة.
3. يتبع ذلك إتباع المعالج لأسلوب التدعيم لتشجيع المريض على أداء وإكمال الواجبات المنزلية.
4. المعالج / عن طريق ممارستك للاسترخاء اكبر عدد ممكن من المرات, نرجو ان تكون قد دعمت مهاراتك في ممارسة هذا الأسلوب ووجدته مساعدا لك فعلا في التقليل من التوتر والشد وإخماده عند ثورته. وفقا لما اشرنا إليه مسبقا, أود الآن ان تبدأ في تطبيق إجراءات الاسترخاء في مواقف اكثر تشتيتا واشد تحديا.
5. ثم يقوم المعالج بمراجعة ضروب وانواع المعرف السلبية المسببة للقلق والاكتئاب وطرق مقاومتها:-

أ. ماذا سيحدث إذا ما تم ذلك ؟

ب. وماذا سيترتب على ذلك ؟

ج. وماذا سيحدث بعد ذلك ؟

د. ثم ماذا يمكن ان يحدث ؟.

(كل هذه أفكار مثيرة للقلق والاكتئاب لدرجة ان نتيجتها النهائية جاءت بالفعل سلبية إلى حد كبير).

6. (ما دليلك ) على صحة اعتقاداتك وتقديراتك العالية لحدوث هذه الاحتمالات ؟.
7. حدثني عن بعض (بدائل ) تنبؤاتك بأنه إذا ما حدث كذا, وكذا, وكذا سوف يحدث كذا,وكذا, وكذا.
8. أما عن تنبؤاتك بأنه إذا ما حدث كذا, وكذا, وكذا سوف يحدث كذا, وكذا, وكذا,هل لديك بدائل للنتائج المترتبة على ذلك ؟ . وهكذا يستمر المعالج مع المريضفي نقض افكاره السلبية.
9. يلي ذلك إتباع اسلوب العلاج النفسي الديني.
10. ثم تختم الجلسة بتحديد الواجب المنزلي ( مراقبة ذاتية للقلق والاكتئاب, ومراقبة معرفية, ومقاومة مضادة للافكار السلبية, وممارسة تمارين الاسترخاء).

## الجلسة الثامنة:

1. نبدأ بمراجعة تمارين الاسترخاء, يلي ذلك مراجعة المراقبة الذاتية للقلق والاكتئاب والمراقبة المعرفية والمقاومة المضادة للافكار السلبية, وكل ذلك يتبعه تدعيم

2. بعد ذلك على المعالج ان يبدأ مع المريض تدريب اربع مجموعات عضلية علىالاسترخاء العضلي العميق( هي عضلات البطن, عضلات الصدر, عضلات الكتفين, عضلات الجبهة).

3. ينبغي ان يذكر المعالج – من خلال تمارين الاسترخاء لأربع مجموعات من العضلات – مريضه او ينبهه بأن إتقانك لهذا التمرين ينعكس في مدى قدرتك على جعل الاسترخاء اكثر قابلية للتعميم في مواقف الحياة, مع عدم نسيان استمرار المريض في إضافة تمرين أية مجموعة عضلية يشعر أنها لا زالت مشدودة او متوترة.

4. يلي ذلك تعريف المريض بكيفية التعرض المنظم للافكار او المواقف المقلقة او المزعجة للمريض اى (تحديد المنبهات الرئيسية- المواقف او الافكار- المثيرة للقلق, وترتيب مجالات الانزعاج ومصادره –إعداد مدرج المنبهات المثيرة للقلق– وذلك خلال جلسة للتدريب على تخيل مصادر القلق ومجالاته ).

5. المعالج / علينا اليوم تغطية احد أهم المكونات الاساسية في برنامجنا العلاجي, ألا وهو التعرض المنظم للافكار او المواقف المثيرة للقلق. وتذكر ان مصدر قلقك هو عبارة عن محاولة لحل مشكلة عادة ما تكون مهددة لمستقبلك او تمثل موقفا خطيرا بالنسبة لك.

6. بعد تدريب المريض على كيفية التعرض المنظم للافكار او المواقف المقلقة والمزعجة له ينبغي على المعالج ان ينبه المريض بان من المتوقع حدوث بعض التغيرات الانفعالية والجسمية التي يمكن الشعور بها عند تنفيذه لتمارين التعرض للمواقف المثيرة للقلق, وان شأن هذا التمرين شأن اى مهارة أخرى يريد التدريب عليها لاكتسابها, وهذا يستغرق وقتا وجهدا.

7. المعالج / من المتوقع حدوث بعض التغيرات الانفعالية والجسمية التي يمكنك الشعور بها عند تنفيذك تمرين التعرض للمواقف المقلقة وما يجب عليك أداؤه بالفعل هو مواجهة كل الافكار التي كنت تتجنبها ومقاومتها لأنه بسببها كانت تتولد داخلك المشاعر والانفعالات المصاحبة لها. وإذا كنت قلق بشدة من الاستمرار في التعرض للمواقف المثيرة للقلق اثناء تخيل اسوأ الصور الذهنية, استمر في محاولة تخيل صورة ذهنية بعينها بقدر المستطاع ومن ثم سينخفض مستوى قلقك.

8. تم يضيف المعالج / من الضروري جدا ان تخصص وقتا يتراوح بين (25 -30) دقيقة على الاقل للتركيز على اسوأ الصور الذهنية المحتملة لقلقك وتخيلها. وبتخصيص هذا الوقت الكافي, يمكنك مساعدة نفسك في التعود على معايشة مثل هذه الصور الذهنية السلبية بحيث لم تعد تثير قلقك. ان مستوى القلق لديك سيصل إلى أقصى مدى ثم بعد ذلك يعاود الانخفاض إلى أدنى مستوياته, خاصة عندما تتأقلم مع هذه الصور الذهنية السلبية المصاحبة لها.

9. بعد ذلك ينبه المعالج المريض بان يتذكر استخدام الاستراتيجيات المعرفية بعد تخيله لما هو اسوأ. هذا بالإضافة إلى تنبيهه بأنه يستطيع استخدام الاسترخاء بعد تخيل اسوأ النتائج, إذا ما حدثت اى توترات جسمية استجابة منه لإجراءات تمارين التعرض للمواقف المثيرة للقلق.

10. يلي ذلك تحديد الواجب المنزلي (مراقبة ذاتية للقلق والاكتئاب, ومقاومة معرفية, وطرق واجهة الافكار السلبية ومقاومتها, وممارسة تمارين الاسترخاء,والتعرض المنظم لمصادر القلق والانزعاج يوميا).

**<u>الجلسة التاسعة:</u>**

1. تبدأ الجلسة بمراجعة نتائج المراقبة الذاتية, والمواجهة والمقاومة المعرفية, وممارسة تمرينات الاسترخاء, يلي ذلك مراجعة تمرينات التعرض للمواقف المثيرة للقلق
2. المعالج / لقد قمت بعمل ضخم من خلال الواجبات المنزلية, وبصفة خاصة تلك الأعمال اليومية المتصلة بجزء التعرض للمواقف المثيرة للقلق, ويمكننا القول بأنه إنجاز كبير, ولكن لا تنسى انه يمثل تراكما مفيدا لك على المدى الطويل, ويمثل نوعا من الاستثمار يفيدك في البرنامج العلاجي.
3. ثم يضيف المعالج / إن جهودك التي تقوم بها وتبذلها هي في محل اعتبار وتقدير,فان ذلك البرنامج المكثف يتطلب منك درجة عالية من الدافية ورغبة أكيدة لتغيير كل أنماط التفكير السلبية لديك.
4. بعد ذلك يسأل المعالج المريض قائلا:- ما موقفك من تمرينات الاسترخاء الآن؟وما مدى إتقانك لها ؟.
5. المعالج / هذا الذي اسمعه شي حسن. ولأنك الآن تبدو مسيطرا على ممارسة الاسترخاء, فاعتقد الآن انه من المناسب ان تبدأ ممارسة تمرينات الاسترخاء الذهني, او باستحضاره كخبرة ذهنية. ويتضمن هذا الأجراء( استحضار مشاعر الاسترخاء دون أداء فعلي لها ), فبدلا من عملية بعث الشد العصبي للعضلات وقبل تحريرها من هذا الشد, يمكنك الآن ببساطة إرخاء العضلات وتحريرها من الشد عبر قوة التركيز والاستدعاء. يمكنك التركيز على مجموعة من العضلات الأربع التي كنت تقوم بتدريبها مسبقا على الاسترخاء, ويجب ان ينصب تركيزك على تحرير هذه المجموعات العضلية من الشد والضغط حتى تشعر بالراحة والاسترخاء في كل جزء من أجزاء جسمك, واحرص على الاحتفاظ بنمط منتظم من التنفس الهادئ البطئى عند ممارسة الاسترخاء باستحضاره ذهنيا, مثلما كنت تمارسه فعلا بأشكاله الأخرى السابقة, وحاول ممارسة هذا الإجراء في مناخ مشتت كله صخب وضجيج, وحتى خلال المواقف المثيرة للمشقة النفسية, حتى يصبح الاسترخاء مهارة تقبل التعميم في كل المواقف بشكل حقيقي ومن ثم يمكنك استخدامها حيثما كنت, ومهما كانت الظروف المحيطة بك.
6. يلي ذلك تدريب المريض على تمارين التعرض للمواقف المثيرة للقلق (عرض المنبهات المثيرة للقلق على المريض تبعا للترتيب الذي حدده, بناءا على الشدة )
7. المعالج / خلال هذا الأسبوع إذا ما وجدت نفسك منزعجا بسبب اى منبه من المنبهات المثيرة للقلق, عليك استخدام استراتيجياتك المعرفية واستحضار الاسترخاء ذهنيا ليساعدك على التحكم في درجة انزعاجك وتخفيض مستوى قلقك.
8. ثم تختم الجلسة بتحديد الواجب المنزلي (مراقبة ذاتية للقلق والاكتئاب, ومقاومة معرفية للافكار السلبية, وتمارين تعرض للمواقف المثيرة للقلق, واستحضار الاسترخاء ذهنيا).

## <u>**الجلسة العاشرة ( جلسة التقويم البعدى):**</u>

1. تبدأ الجلسة بمراجعة المهارات التي تعلمها المريض في الجلستين السابقتين(التعرض للمواقف المثيرة للقلق, واستحضار الاسترخاء ذهنيا ).
2. تعميم اساليب الاسترخاء العضلي العميق.
3. مراجعة الاساليب والمهارات التي تعلمها المريض على مدى الجلسات السابقة.
4. يوصى المريض بالممارسة المنظمة للتعرض لمواقف القلق, والمراقبة الذاتية, والمقاومة المعرفية للافكار السلبية, بالإضافة لتعميم اساليب الاسترخاء التي تعلمها.

5. إتباع اسلوب العلاج النفسي الديني الذي يعين المريض على تقبل مرضه, والرضاء بقضاء الله وقدره.
6. بعد ذلك يتم تطبيق المقاييس التي استخدمت في القياس القبلي. ثم مقارنة النتائج بين القياس القبلي والقياس البعدي لمعرفة مدى التحسن الحادث بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
7. يحدث الإنهاء ( إنهاء عملية العلاج عندما يدل التقييم على نجاح عملية العلاج وان الهدف الذي أعده المعالج مع المريض قد أنجز, فلا بد من إنهاء عملية العلاج. وهنا لا بد للمعالج من تقديم التوجيهات اللازمة للمريض, والتأكيد له ان عملية العلاج قد انتهت, وأن بامكانه الاعتماد على نفسه.
8. مناقشة المريض عن مدى شعوره بالتحسن وصعوبات تطبيق هذا البرنامج.
9. بعد ذلك يتم تزويد المريض بجدول أعمال طويل المدى يجب عليه تنفيذه بكل دقة والاستمرار في الالتزام به وتطبيق كل الاساليب العلاجية التي مارسها مع المعالج حتى يتخلص من القلق والاكتئاب.
10. المعالج / لقد قدمنا لك مجموعة كبيرة من المعلومات تدور حول القلق والاكتئاب وكيفية مواجهتهما والتعايش معهما, ولان هذه ستكون جلستنا العلاجية الأخيرة معا, وقبل استمرارك في ممارسة كل الاساليب العلاجية بمفردك بعد ذلك, فمن الجدير بنا ان نناقش معك الاستراتيجيات التي تعلمتها في الجلسات السابقة. أولا: لقد علمت شيئا كثيرا عن طبيعة القلق والاكتئاب, وكيف يمكنك الاحتفاظ بهما والمعاناة منهما وقتا طويلا. وبعد ذلك تعلمت الاسترخاء, والآن تستطيع ان تحرر جسمك من الشد العصبي والتوتر حتى في اشد المواقف اثارة للمشقة وتشتيتا للانتباه. ولقد أنفقنا وقتا طويلا لتعلم كيفية تحديد أفكارك السلبية المقلقة والمحزنة بتحديدها ومقاومة المبالغة في تضخيم النتائج المحتملة والمترتبة عليها وعلى التفكير الماساوى. وتلى ذلك, تعلمك لأسلوب التعرض المنظم للمواقف المثيرة للقلق, حيث كنت تقضى ساعة في اليوم تتعرض خلالها بشكل منظم للمصادر التي تثير قلقك وانزعاجك, كما كنت تتخيل هذه المواقف على شكل صور بصرية ذهنية وكذلك أفكارك, ثم تقوم بمهاجمة كل الاحتمالات الناشئة عنها. وعليك التركيز من الآن على الاساليب العلاجية التي تعلمتها. وواجبك ان تحقق تقدما شديدا. وتذكر انه ليس لديك اى دليل يشير إلى انك ستعجز عن الاستمرار في ممارسة الاساليب العلاجية بمفردك.
11. ولعل بعض العبارات المناسبة التي تصدر عن المعالج في سبيل إنهاء عملية العلاج تكون على النحو التالي: -
12. (أتوقع أننا وصلنا إلى مرحلة يمكنك فيها الاعتماد على نفسك, وأننا حققنا الهدف الذي نريده ) ومن المهم ان يعرف المريض ماذا يمكن ان يعمل في المستقبل.
13. يتم إنهاء الجلسة, وتوديع المريض بعبارات تشعره بالحب والمودة, وتعطيه مزيدا من الدعم.

ملحق رقم ( 6 )

## العلاج النفسي (شرح للمريض)

العلاج النفسي هو عملية تصحيح تعلم سابق غير سليم اكتسب فيه المريض افكاراً خاطئة أو وهمية عن نفسه وعن غيره من الناس، وعن الحياة والمشكلات التي تجابهه وتسبب له القلق، وتعلم أساليب معينة من السلوك الدفاعي التي يهرب بها عن مواجهة مشكلاته، ويخفف بها من حدة قلقه.

ويحاول المعالج النفسي أن يصحح أفكار المريض، ويجعله ينظر إلى نفسه، وإلى الناس، وإلى مشكلاته نظرة واقعية صحيحة، وأن يواجه مشكلاته بدلاً من الهروب منها، ويحاول حلها بدلاً من الاستمرار في حالة الصراع النفسي الناشيء عن العجز عن حلها. إن هذا التغيير في نظرة المريض النفسي إلى نفسه وإلى الناس، وإلى الحياة، يمده بالقدرة على مواجه مشكلاته وحلها، فيتخلص بذلك من الصراع النفسي وما يسببه له من قلق. وينتج عن ذلك شعور المريض بالنشاط والحيوية ينبعثان فيه من جديد، ويبدا يمارس حياته الطبيعية بفاعلية، مما يجعله يشعر بمتعة الحياة، وبالرضا النفسي، وراحة البال، والسعادة. قال الله تعالى: ( إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم) الرعد: الآية (11).

ملحق رقم ( 7 )

## وصف لطبيعة القلق

القلق واحد من المشاعر الإنفعالية التي يعاني منها كل البشر، ومن ثم فهذا أمر طبيعي، ويمثل جانباً ضرورياً من جوانب حياتنا، فنحن كبشر نمر بخبرات القلق عند مواجهة بعض المواقف الخطيرة والمهددة، أو التي تتحدانا وتهدد استقرارنا النفسي. فعلى سبيل المثال: إذا كنت تتنزه في أحدى الغابات وسمعت حفيف أوراق الاشجار خلفك بصوت مرتفع، فقد تتصور وجود أسد أو نمر فجأة خلفك وهنا تشعر بأن نبضات قلبك تدق بسرعة شديدة وان التنفس أسرع واعمق، وظهور بعض العرق، ويكون الجسم في هذه الحالة وكأنه يستعد لمعركة ولقتال ضار او كأنه يهرب من شر مستطير أو يتجنب خطراً محتملاً. فهنا ستشعر بالخوف أو التهديد وستحاول انقاذ نفسك من الاجهاد عن طريق الهروب أو الجري او العراك. ولكن إذا استبدلت تفكيرك في أن أسداً أو نمراً سيهجم عليك من الخلف بتفكير آخر مؤداه أن هذا الصوت مصدره سقوط فرع من فروع الاشجار ، فهنا ستتغير استجابتك للموقف، ومن هنا تستطيع أن تدرك إلى أي مدى تكون افكارك مسئولة عن تحديد مستوى قلقك.

إن القلق يمكن أن يكون قلقاً منتجاً وقوة دافعة في المواقف العادية فهنا يكون القلق مساعداً لنا على انجاز الأهداف والمهمات التي نصبوا إليها، أما عندما يكون القلق شديداً فسوف يكون معوقاً، لأنه سيتدخل ويمنع الاسترخاء الذي تريده. ويجعلك مشدوداً عصبياً دون مبرر كاف، ويجعلك تشعر بالتهديد دون مصدر لذلك.

القلق ما هو إلا رد فعل لمنبه يمكن أن يكون داخلياً أو خارجياً ومن أمثلة هذه المنبهات أفكارك الداخلية، واحساساتك الجسمية، واحداث ومواقف خارجية معينة. فالقلق هو مجرد رد فعل فيمكنك تعلم ضبطه والتحكم فيه عبر مجموعة من المهارات والتمرينات التي نصممها لمساعدتك في تخفيف القلق الذي ينتابك في أوقات محددة.

ملحق رقم ( 8 )

## وصف طبيعة الاكتئاب

يبدأ نمو الاكتئاب بخبرة فقدان شيء ما بالنسبة للمريض، والفقدان قد يكون حقيقياً وقد يكون كاذباً، وفي كلتا الحالتين فإنه مبالغ فيه ويدرك على أنه دائم وثابت، أو لا يمكن اعادته وارجاعه، ويؤدي بالتالي إلى تكوين مفهوم سلبي عن الذات فحواه أنه ( الخاسر) او عديم القيمة أو الأهلية ، فالمريض يعزو سبب الفقدان أو الحادثة او الكارثة إلى القصور الشائب في ذاته هو وينظر المريض إلى كل خبرة تالية حتى ولوكانت على درجة قليلة من السلبية أو الغموض على أنها انعكاس لعجزه الذاتي. والمقارنة التي يعقدها بين ذاته وبين الاخرين- تزيد من تحقير الذات لديه، والنتيجة النهائية هي الرفض الكلي للذات. وهذه النظرات السلبية للذات في الحاضر تقود إلى نظرات سلبية في المستقبل، ويؤدي اليأس إلى موت الدافعية، فما دامت النتائج المتوقعة أو المستقبل المتوقع سلبياً، فليس هناك داع لبذل الجهد، والنتيجة النهائية لهذا التشاؤم هي الافكار والرغبات والمحاولات الانتحارية، والتي تعتبر معقولة على أساس المقدمة السابقة. أما المقدمة الثانية التي يرتكز عليها الانتحار فهي الاعتقاد بأن الاخرين من حوله ستكون أحوالهم أفضل إذا مات هو، وهكذا فإن وجود هذا المفهوم السلبي عن الذات، ووجود التفسير السلبي للاحداث والخبرات، ووجود النظرة السلبية للمستقبل: تكون الثلاثي المعرفي للاكتئاب. وظهور أعراض الاكتئاب مثل الشعور بالجمود أو التعب، والهياج او الثورة..... الخ تعتبر ثمرة للمعارف السلبية.

ملحق رقم (9)

## التحصين التدريجي المنظم (Systematic Desenitization)

يعتبر التحصين التدريجي المنظم أو ما يسمى بـ (التسكين المنظم – أو الإزالة التدريجية للحساسية )، أسلوباً من أساليب العلاج السلوكي الرئيسية ويتم في الحالات التي يكون فيها سلوكاً مثل القلق قد اكتسب مرتبطاً بشيء معين أو حادثة معينة فتستخدم طريقة (التعويد التدريجي المنظم)، (سري،2000).كما تعد طريقة التخلص المنظم من الحساسية وسيلة مهمة لمساعدة المرضى في التغلب على استجابات القلق والمخاوف الشديدة، ويمكن استخدام (التعرض الكلي) للموقف المثير للقلق أو الخوف (الداهري، 2000).ففي بعض الأحيان ينصح الشخص الخائف من السباحة بأن يلقي نفسه في الماء وأن يحاول ولكن الحكمة تتطلب التدرج في التعرض إلى مثل هذه المواقف المخيفة وذلك من أجل تحييد مشاعر المريض العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف (الزغبي، 2000).

إن عملية التخلص التدريجي من الحساسية تتم إما عن طريق التخيل أو في البيئة الواقعية ، بمعني أن التعرض المنظم قد يكون واقعياً بوجود المنبه في الحيز الحسي للعميل، أو يكون متخيلاً بأن يطلب من العميل استحضار الصورة الزهنية له (خليل، 2004).ويستخدم هذا الأسلوب في علاج العديد من اضطرابات العصاب مثل القلق، المخاوف، الوساوس (خليل،2004).وبالرغم من تعدد الأساليب التي يبتكرها المعالجون لايقاف القلق وكفه، فإن قليلاً منها قد حظي بالاهتمام العلمي الملائم والتحصين التدريجي من بين تلك الأساليب القليلة التي حظيت باهتمام علمي كبير، وان التأمل في طريقة التحصين التدريجي يبين أنها تقوم على بديهة اجتماعية شائعة، فمن المعروف لدى الكثيرين بأن التعريض المستمر والمتوالي للمواقف- لأي موقف من مواقف الحياة- يغير من اتجاهاتنا نحو هذه المواقف، وينطبق هذا على كل المواقف التي تستثير الاضطرابات العصابية كالمواقف المثيرة للقلق أو الخوف والرهبة والتحرج والضيق .... الخ. (إبراهيم، 1994).وتشهد البديهة العامة بأن هناك طريقتين ينصح بهما الناس عند مواجهة هذه المواقف وهما: أما التعرض الكلي للموقف أو التعرض التدريجي. وتقوم طرق العلاج النفسي السلوكي بطريقة التحصين التدريجي على نفس المبدأ: إبتكار وسائل لتشجيع الفرد على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجياً والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف. وذلك من خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق، من خلال إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماماً خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد إلى أن تلقى العلاقة بين المنبه والاستجابة (القلق أو الخوف). (إبراهيم ،1994). إن التخلص من القلق بالتعرض التدريجي للأشياء أو الموضوعات التي تثيرها كان ولا يزال من الفنون الرئيسية التي تتجه إليها بديهة الإنسان العادي وحكمته، وطريقة التحصين التدريجي التي يلجأ إليها المعالج الحديث تقوم على نفس المبدأ، أي التشجيع على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجياً إلى أن تتحيد مشاعرنا الانفعالية الحادة (العصابية) نحو تلك المواقف. وقد عرف المعالجون السابقون هذا الأسلوب كما عرفه المعالجون المحدثون فالبرغم من أن الصياغة النظرية لأسلوب التحصين التدريجي وتوظيفه للعلاج بدأت في فترة حديثة، فإن المتتبع لتاريخ العلاج النفسي قد يتعرف على بعض الأساليب القريبة مما يدل على أن هذا الأسلوب لم يخفا على خبرة المعالجين النفسيين السابقين، ففي سنة (1922م)، يشرح الطبيب النفسي الألماني المشهور كريتشمر (Kretchmer) طريقته في العلاج النفسي سماها (التعويد المنظم). (إبراهيم، 1994).

إن جوهر هذا الأسلوب المستخدم في العلاج والارشاد النفسي يتضمن احلال سلوك ملائم ومرغوب محل سلوك غير ملائم ومكروه ويتم ذلك من خلال التطويع والتطويع المضاد حيث يتم تطويع (السلوك) الاستجابة المرغوب فيها لمثير كان يؤدى قبل ذلك إلى استجابة غير مرغوب فيها. وجوهر عملية التحصين التدريجي هو وضع استجابتين مطوعتين في مواجهة بعضهما

البعض. ولما كان القلق لا يتفق مع استرخاء العضلات فإنه يزول، أي يتم اخضاع أو تطويع القلق للاسترخاء وتزول حساسية المريض للموقف المثير للقلق. ويستلزم اضعاف الحساسية تدريب المريض على الاسترخاء لفترة ستة دروس ويستتبعها التدريب بالمنزل لفترات حوالي ربع الساعة بمعدل مرتين يومياً، وفي نفس وقت التدريب على الاسترخاء تنشأ تنظيمات هرمية للقلق ولكن ليس في وقت استرخاء المريض ( فالتنظيم الهرمي للقلق عبارة عن قائمة من المثيرات التي تستدعي القلق). ( الزغبي، 2003).

**خطوات أسلوب التحصين التدريجي المنظم:-**

تسير خطوات أسلوب التحصين التدريجي ضمن خطوات متتالية وذلك على النحو التالي:-

1. **التدريب على الاسترخاء :-(**بالشكل الذي سيرد فيما بعد) وعادة ما يستغرق عشرين دقيقة في كل جلسة من الجلسات العلاجية الأولى. (إبراهيم،1994).
2. **تحديد المنبهات الرئيسية (المواقف أو الأفكار) المثيرة للقلق**:يتم في هذه الخطوة تحديد المنبهات التي تصدر استجابة القلق حيث يحدد المعالج مع المريض مصدر القلق سواء كان هذا المصدر (افكاراً، أو مواقف). (فاروق وآخرون،1997).يطلب المعالج من المريض أن يعد أولاً قائمة بكل المواقف التي تقلقه مبتدءاً أولاً بالمواقف التي تقلقه أكثر ومنتهياً بالأقل قلقاً. (ماركس، 1999).

ويتم تحديد المواقف أو الأفكار المسببة للقلق بإستخدام أسلوب المقابلة ، أو المذكرات الشخصية (التي تتضمن تقرير المريض وملاحظاته وافكاره ومشاعره المقلقة بأي طريقة)، أو الملاحظة ، أو بعض المقاييس النفسية ( استخبارات الشخصية، والصحة النفسية). (عبد السلام وآخرون، 1997).

3. **مدرج القلق (مدرج المنبهات المثيرة للقلق):-** يحصر المعالج المواقف الرئيسية للقلق التي سيتم التخلص منها ويتأكد من أن تلك المواقف رئيسية وليست ثانوية، ثم يضع المعالج المواقف المثيرة للقلق في قائمة متدرجة( أي قائمة من المواقف التي تتثير القلق في حياة المريض بدرجات متفاوتة، بحيث يوضع الموقف الذي يستثير أعلى درجة من القلق في أعلى تلك القائمة ويوضع أقلها استثارة في أسفل القائمة. أما الحكم بهذا التدريج فهو يتوقف على الشخص نفسه، إذ يطلب منه المعالج أن يرتب فقرات كل موقف من مواقف جانب معين من القلق بطريقة هرمية من القاع إلى القمة بحيث يبدأ بأقل المنبهات اثارة للقلق ويصعد إلى أشدها اثارة (الزبادي والخطيب، 2001).وهذا يعني أن اعداد مدرج القلق يعتمد على التقدير الشخصي للمريض عن مدى شدة القلق الذي يعانيه في الموقف الطبيعي (عبد المعطي،1998).

وفيما يلي مثال لتنظيم هرمي للمثيرات الخارجية (مدرج للقلق) الذي يمكن انشائه من خلال جعل المريض يقدر الموضوعات على قدر ما تستدعيه من قلق. (باتيرسون،1995)

1. رؤية تشوهات عضوية.
2. وجود آلأم (وكلما ازداد ظهور الألم كلما اشتد الاضطراب.
3. وجود نزيف.
4. رؤية شخص يعاني بشدة من المرض (مثل نوبات القلب).
5. حوادث سيارات.
6. رؤية ممرضات بالملابس الرسمية.
7. رؤية كراسي متحركة.

8. مستشفيات.

9. نقالات حمل المرضى.

ويفضل البدء في اجراءات مدرج المنبهات من (الجلسة الرابعة) حيث يتم التركيز في الجلسات الأولى على تحسين تمرينات الاسترخاء . وترتب بعد ذلك المنبهات، وتعتبر هذه الخطوة من أهم الخطوات في مدرج القلق . والذي يجب تأكيده على ايه حال أن وضع هذه التدريجات يتوقف على الشخص نفسه بمعنى أنه لا يجوز تطبيق التدريجيات آلياً على جميع الاشخاص حتى لو كان قلقهم من نفس النوع.(ابوعباءة ونيازي،2001)0كذلك قد يتفاوت تدريج مثيرات القلق من شخص إلى آخر، فبينما يمثل مثير درجة أكبر من القلق عند البعض قد يحدث العكس عند البعض الآخر، أضف إلى هذا أن ترتيب تدريج معين بالنسبة لشخص واحد قد يختلف من فترة إلى أخرى فما كان في الأسبوع أو الشهر الماضي يحتل وزناً أكبر قد يتضاءل وزنه في الوقت الراهن. لهذا من الأفضل أن تكتب مدرجات القلق لكل شخص على حدة، ومن الأفضل كتابة هذه التدريجات بالقلم الرصاص حتى يسهل تعديلها أو التغيير في ترتيبها. (إبراهيم ،1994م).

4. **العرض المنظم:-**بعد تدريب المريض على الاسترخاء واعداد مدرج القلق تبدأ عملية (العرض المنظم) ويقصد به عرض المنبهات على العميل تبعاً للترتيب الذي حدده العميل بناءاً على الشدة بدأً بأدنى مستوى (درجة) تحت شرط استثارة الاستجابة المضادة للقلق (وهي هنا الاسترخاء). (الزغبي، 2003).

وهذه العملية تمر بالخطوات التالية:-

أ. يطلب المعالج من المريض الاسترخاء العميق والهدوء مع الايحاء بأنه قد أصبح أكثر استرخاء كما يطلب منه ان يشير بأصبعه (السبابة) اليميني عندما يصبح في حالة من الاسترخاء والشعور بالراحة. (الزغبي، 2003)

ب. يطلب المعالج من المريض وهو في هذه الحالة من الاسترخاء أن يتصور نفسه مستخدماً قدرته على التخيل إلى أقصى حد ممكن، وهو في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق ويقول له: ( تخيل المشهد كمل لوكنت تعيش فيه فعلاً). (عبد المعطي، 1998).

ج. يستمر وجود المنبه (واقعياً أو متخيلاً) لمدة 15 – 20 ثانية تقريباً مع تركيز المريض عليه. (خليل، 2004).

د. ثم يتوقف التعرض للمنبه ويطلب من العميل العودة للاسترخاء وذلك بالتركيز على العضلات التي حدث لها قدر من التوتر، ثم يكرر المعالج عرض المنبه على هذا المنوال أكثر من مرة ( من ثلاث إلى اربع مرات) حتى تزول قدرته على اثارة القلق للمريض. وما أن يستطيع المريض وضع نفسه في هذا الموقف دون قلق حتى تقدم له الفقرة التالية في المدرج وهكذا. (خليل، 2004).

ه. ينتقل بعد ذلك المعالج إلى المنبه التالي بنفس الخطوات السابقة وهكذا إلى أن يشعر المريض بأنه قد بدأ في الشعور بالتوتر. (خليل، 2004).

وهكذا تتدرج حتى يصل المريض إلى تصور نفسه في اشد المواقف اثارة للقلق والفزع دون أن يحس بالقلق، حيث تعرض المشاهد التي يتخيلها المريض بشكل تصاعدي تبعاً لمدرج القلق الذي تم اعداده بدءاً بأدناها اثارة للقلق وتدرجاً حتى الوصول إلى أعلى مثير اثارة للقلق. (عبد المعطي، 1998).بمعنى أن المريض يعّرض بالتدريج للمثيرات المحدثة للقلق وهو في حالة استرخاء بحيث لا تنتج الاستجابة الشاذة ويستمر التعرض على مستوى متدرج من الشدة حتى يتم الوصول إلى أن المستويات العالية من شدة المثير لا تستثير الاستجابة الشاذة السابقة (سري، 2000).

وكمثال لازالة الحساسية في الخيال توضع مريضة مصابة بخواف الطيور في حالة استرخاء ، ثم يطلب منها بعد ذلك أن تتخيل نفسها أولاً وهي تنظر إلى حمامة صغيرة في قفص على بعد مائة ياردة، وهي تحتفظ بهذا المنظر في فكرها لبض ثواني قليلة ثم يطلب منها بعد ذلك أن تتخلى عن هذا المنظر وتسترخي، فإن كان ذلك لم يسبب لها أي قلق فإنه يطلب منها بعد ذلك أن تتخيل الحمامة ذاتها على بعد تسعين ياردة وهي في قفص مغلق وسوف تقترب الحمامة منها في المناظر التالية تدريجياً إلى أن تكون قادرة بعد عدة ساعات على أن تتخيل أنها تمسكها بيدها دون خوف. (ماركس،1999).وفي المعتاد يعرض المعالجح (3 – 4) مشاهد في الجلسة الواحدة وتخصص باقي الجلسة لمناقشة بعض الجوانب المتصلة بقلق المريض. (عمر،1992).

نستخلص مما سبق أن كل موضوع أو فكرة (مثيرة للقلق لدى العميل) تتطلب عملية بناء لمدرج قلق يحتوي على مشاهد معينة، كل منها يؤدي إلى درجة كبيرة أو قليلة من القلق لدى العميل، والسؤال الذي يرد الآن كم من الوقت يجب أن يستغرق تقديم هذه المشاهد إلى المريض في جلسة علاجية واحدة؟ إذا كان المشهد غير ناجحاً، وأن القلق قد إزداد بوضوح عندما أعيد تصور نفس المشهد كان من واجب المعالج اتخاذ إجراء مناسب، وأن يقف عن محاولة تقديم أي مشاهد أخرى، وعلى كل حال، إذا افترضنا أنه تم وبدقة بناء مدرج قلق، وأن العميل بإمكانه أن يتنبأ بدقة عن القلق الذي قد يستثار في مختلف المواقف، فإن تقديم مشهد معين يكون بالمتوسط حوالي (3 -4) مرات، ويكون ذلك كافياً ويفضل اعتبار هذا المتوسط كأقل ما يمكن، وإذا كان هناك شك حول تصورات المريض فيمكن للمعالج زيادة هذه النسبة. (بيتش،1992).

أما عن مشكلة كم من المشاهد يمكن أن يقدم المعالج من خلال جلسة العلاج الواحدة، فهذا يتعلق بصورة أساسية بالوقت المتوفر، وعادة ما تدوم جلسة التحصين المنظم في أي حالة حوالي (20 – 60) دقيقة، ويمكن أن تطول هذه الفترة إذا وجد هناك ما يتطلب ذلك، كأن يريد المريض أن يعالج خلال الاسبوعين من عطلته السنوية، وعادة فإن فترة (25 دقيقة) التي تناسب فترة العلاج تسمح بتقديم (4 – 5) مشاهد، ولكن مرة أخرى لا توجد هناك توصيات ثابتة يمكن لمعالج أن يعتمد عليها في قراراته، وأن المشهد عادة ما يقدم خلال ثوان معدودة من (5- 15) ثانية، هذا على الرغم من ترك الحرية للمعالج من أجل التصرف في ذلك وحسب ما يراه مناسباً، فهو قد يجد بأن العرض المختصر للمشهد يكون أكثر تعقلاً وحزراً في بعض الحالات، وحيث يشك بأن مشهداً معيناً سيؤدي إلى قلق أكثر مما هو متوقع، أو ظهور درجة من القلق غير متوقعة.(بيتش،1992).

ملحق رقم ( 10 )

# إعادة البنية المعرفية

## علاج بيك للاكتئاب (Beck's Cognitve Therapy of Depression):

يقوم (اسلوب بيك العلاجي) على أسس نظرية فحواها أنه يوجد لدى الفرد أبنية معرفية ثابتة وقد اسماها بيك (مخططات معرفية Schemas )، وهي التي تحدد كيف يسلك الفرد وكيف يشعر، وتعتبر الاحداث اللفظية والمصورة في شعور الفرد مستحدث من اعتقاداته واتجاهاته وافتراضاته المتضمنة في المخططات المعرفية وبالتالي فإن الاضطرابات السلوكية هي نتاج أخطاء معينة في عادات التفكير أو المعرفة مما يؤدي إلى تفسيرات خاطئة للمواقف المشكلة أو الانعصابية (خليل،2004).

ويمكن توضيح ذلك تفصيلاً في النقاط التالية:-

1. المخططات المعرفية للفرد تحدد كيف يشعر وكيف يسلك، وتكون هذه المخططات في حالات الاضطرابات مثل (الاكتئاب والقلق) منشطة بقدر زائد مما يستثير مضامين معرفية ووجدانيات معينة كما في الخبرة العادية ولكنها أكثر شدة.

2. تفسير العميل لموقف المشقة (Stressor) عملية نشطة ومستمرة يقدر فيها الفرد موقف المشقة من حيث خطورته، ويحدد من خلال بنيانه المعرفي كيف تكون التعبئة السلوكية للفعل ( بما يتضمنه من قلق) بالهرب من الموقف أو الاقتراب منه ومواجهته ، وأي كان السلوك فذلك يتضمن وجدانيات قلق وغضب وحب .... الخ. ويختلف الأفراد في انماط مواقف المشقة التي تثير حساسيتهم لها، ولذا فإن ما يعتبر مشقة لفرد ما، لا يعتبر كذلك لفرد آخر، وذلك يفسر في ضوء الفروق في بناء الشخصية، فيختلف الأفراد الذين يميلون إلى الاستقلالية في نمط المواقف الحساسة لهم عن هؤلاء الذين يميلون إلى الاجتماعية ويؤدي تعرض الفرد للمشقة إلى خلل في (التنظيم المعرفي) مما يجعله يميل إلى اصدار أحكام متطرفة وحادة وشاذة وذلك لانخفاض القدرة على التركيز والاستدلال المنطقي. (خليل، 2004).

3. فالاشخاص من وجهة نظر (بيك) يستجيبون للاحداث والمواقف وفقاً للمعاني التي يعطونها لها، وهذا ما يجعل استجاباتهم نحو الموقف الواحد متباينة، بل تختلف عن الشخص الواحد في اوقات مختلفة، ومثال ذلك ( أن الحزن ينشأ عند شخص ما نتيجة إدراكه أن شيئاً ذا قيمة فقد منه مما أدى إلى فقدان في المجال الذاتي للفرد فالفكرة التي تؤدي إلى الحزن أو الغضب أو القلق إذا اشتملت على تشويش للواقع، فإنه ينتج عنها اكتئاب أو قلق أو بارانويا ...الخ). (ليندزاي وبول،2000)

يتم تدريب العميل لمساعدته على التفكير بواقعية أو موضوعية وعلى أن يتسم تفكيره بالنظرة الايجابية نحو الذات على الآتي:

1- مراقبة ما لديه من أفكار ايجابية وسلبية عن الذات والعالم.

2- إبدال التفسيرات السلبية- الاكتئابية- لدى العميل بأخرى ايجابية.

3- يطلب من العميل عمل واجبات منزلية تساعده في التعرف على المعارف السلبية وكيفية الاستجابة لها وان يتدرب لكي يتقن المهارات المعرفية التي اكتسبها من خلال الجلسات العلاجية (خليل، 2004).

ويمكن للمعالج ايضاح العلاقة بين الأفكار والمشاعر وكيفية التمييز بينهما. وهناك مثال شائع لذلك يتضمن السؤال عن الأفكار والمشاعر التي يمكن ان تنشأ في منتصف الليل لدى شخص أثناء نومه في منزل غير مألوف له ويسمع المريض صوت زجاج النوافذ يتكسر، وتنتابه

مشاعر التنبه والخوف وافكار حول سرقة تحدث وعندئذ يمكن للمعالج أن يطلب من المريض فحص هذه الأفكار وأن يفكر في تفسير بديل لها، مثل ربما اصطدمت قطة بشيء ما. وهنا ما الذي سيشعر به المريض- الراحة بالطبع؟ (شحاته،2004). يوضح للمرضى بعد ذلك كيف يمكنهم وضع قائمة بافكارهم في صحيفة تسجيل، وكما تحدث لهم، مع الاشارة إلى المواقف التي ظهرت فيها، والمشاعر التي صاحبتها (الغضب، الاحباط، اليأس، وهكذا) ويطلب من المرضى وضع هذه القوائم يومياً في نموذج معد، وذلك بمثابة واجب منزلي يقومون به، ومن المهم في هذه المرحلة التأكيد أن المريض يستطيع أن يميز بوضوح بين الافكار والمشاعر وما أن يتم اكمال ذلك بنجاح حتى يبدأ تسجيل كثافة مثل هذه الأعراض وقوة الاعتقاد في صدق الأفكار ، ويتعين بالمثل تسجيل التحدي لهذه الأفكار والتغيرات المناظرة في المشاعر والمعتقدات في هذا السجل (سفيان، 2003). يجيب المرضى في بداية كل جلسة عن بطارية بيك للاكتئاب أو مقياس مشابه ثم يضع المعالج والمريض سوياً برنامج العمل والتمرينات المنزلية وتناقش أيه صعوبات خطيرة تكون قد ظهرت منذ الجلسة الأولى ، كما تناقش الافكار حول الجلسة والعائد منها وعندما يتم وضع قائمة البنود يتفق المريض والمعالج على ترتيب تناول هذه البنود وعلى ما إذا كان من الممكن تناول كل البنود بطريقة مناسبة خلال الجلسة (ليندزاي وبول، 2000).

## الخطوات العلاجية لأسلوب بيك المعرفي لعلاج الاكتئاب:

يمكن ايجاز الخطوات العلاجية لأسلوب بيك المعرفي لعلاج الاكتئاب كما يلي:-

1- عمل قياسات خط الاساس لشدة الأعراض المرضية (الاكتئاب) وتحديد الاتجاهات المعرفية والأفكار اللاعقلانية للعميل والتي يتحدد من خلالها مسببات الأعراض التي يتطلب تعديلها.

2- يحدد المعالج عدد من الانشطة والسلوكيات التي يقوم بها العميل في صورة واجبات منزلية (متدرجة من حيث الكم والصعوبة وبالتالي مقسمة إلى أعمال فرعية)، ويشجعه عند القيام بها ويدعمه عند القيام بأي عمل فرعي حتى يبرز لدى العميل الاحساس بكفاءة الذات.

3- تقييم العميل الذاتي- مراقبة الذات- على متصل من (1) إلى (10) نقطة وذلك لتقييم حالته المزاجية ومدى انجازه في الانشطة التي قام بها ومدى شعوره بالمتعة بها مما يؤدي بالعميل إلى ادراك انه يخفض من تقديره لذاته.

4- يوضح المعالج للعميل العلاقة بين الافكار والمعتقدات اللاعقلانية والادراكات المشوهة وبين الحالة المزاجية والتقييم السلبي للذات وذلك من خلال نتيجة واجب منزلي سابق يطلب به من العميل تسجيل يومي للافكار غير التكيفية التي توجد قبل الموقف المشكل المرتبط- ظاهرياً بالاضطراب.

5- نقد تلك الافكار والمعتقدات الخاطئة وتعديلها بالاخرى اللاعقلانية والمنطقية ومساعدة العميل على أن يفسر المواقف المشكلة المسببة لاعراضه المرضية بوجهات نظر بديلة دقيقة ومن ثم خفض تلك الأعراض.

6- تنمية انماط تفكير أكثر ملائمة لدى العميل من خلال تنمية التفكير الناقد للافكار اللاعقلانية وايضاً الربط بين تلك الانماط وبين تحسن الحالة المزاجية مما يؤدي إلى تدعيمها وبالتالي استخدامها بعد انتهاء العلاج للتغلب على أي اضطراب انفعالي يحدث للعميل (خليل، 2004).

## تحدي أو مواجهة الافكار السلبية :

يعد تحدي أو مواجهة الافكار السلبية من الأمور المحورية في العلاج المعرفي لبيك، وتظهر مثل هذه الافكار تلقائياً وتتضمن عدداً من التشويهات ، ويمكن مواجهتها بواسطة تحديد هذه التشويهات وتجنبها، وبواسطة محاولة تقرير ما إذا كانت هناك حقيقة أية دلائل تؤيد الافكار السلبية، وبواسطة جمع الدلائل ونقضها، ومحاولة البحث عن الاعمال التي يمكن القيام بها لاختبار الافكار، أو من خلال تغيير الموقف. مثال ذلك إذا كانت الفكرة السلبية هي ( لا نفع مني في أي شيء) فيشجع المريض على تذكر خبرات محددة ناجحة، ويكون الواجب المنزلي الذي يمكن النصح به هو تسجيل المواقف التي توقع فيها الشخص المكتئب الفشل، بينما يوحي عمله السابق ان النجاح كان هو الاغلب . وثمة طريقة اخرى تتضمن تغيير خصائص أو صفات الاحداث غير السارة مثال ذلك : مريضة اكتائبية لم تحصل على الوظيفة التي كانت تريدها، وهي تفسر الموقف على انه يعني انها ليست بالكفاءة المطلوبة، ويشجعها المعالج على صياغة إمكانات أخرى مثل (كان هناك (15) متقدماً لهذه الوظيفة) أو (كانت مؤهلاتي أعلى من المطلوب لهذه الوظيفة) أو ( لم أحصل على الخبرة الصحيحة اللازمة لهذه الوظيفة). (ليندزازي وبول، 2000).مما سبق يتضح أن ( علاج بيك المعرفي للاكتئاب) عبارة عن حزمة علاجية مشتقة من نظريته، أهدافها هي تحديد أو مواجهة الافكار السلبية بهدف تطوير وانتاج بدائل أكثر مناسبة وافكار توافقية ويتم تشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية القائمة على هذه الافكار التوافقية، ويتضمن هذا المنحى مكوناً تعليمياً جوهرياً حيث يتعرض المرضى من خلاله لفكرة أن

الافكار السلبية ذات أهمية جوهرية في الاكتئاب، وتعرض عليهم طرق تغيير هذه الافكار ويشجع المرضى على النظر إلى العلاج على أنه مشروع مشترك يقوم خلاله المعالج والمريض معاً بتحديد المشكلة المستهدفة التي يتعين تناولها خلال برنامج العلاج. (ليندزازي وبول،2000)

ملحق رقم ( 11)

## تماريـــن الإسترخـــاء (Relaxation training)

أبتكر جاكوبسون (Jacobson) أسلوب الإسترخاء عام (1938م)، وهو عبارة عن تدريب العضلات على الإرتخاء ويمكن استعمال هذا التكتيك مع كل أنواع القلق (القاضى وآخرون،2002).ولقد ابتكر هذا الأسلوب بناءاً على قاعدة فسيولوجية معروفة وهي أن التوتر والانفعالات الشديدة عادة ما يعبر عنها بصورة كلية أو جزئية في شكل توترات عضوية وعضلية وذلك لزيادة نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي. وتعتبر استجابة الإسترخاء مناقضة لها لكونها توقف كامل عن الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر وهي نتاج نشاط الجهاز العصبي الباراسمبثاوي، أي أنها مناقضة لاستجابة القلق فلا يمكن أن يكون الفرد قلقاً ومسترخياً في نفس الوقت (خليل،2004).ويتعلم العميل أن الاسترخاء هو وسيلة لمحاربة القلق، وعندما يسترخي العميل بشكل منظم فإن كافة التوترات في البناء العضلي للجسم تزول، وهذا الموقف لا يسمح بوجود مشاعر القلق التي تسبب توترا في العضلات (عبد السلام وآخرون،1997).وقد تستخدم تدريبات الإسترخاء كأسلوب علاجي مستقل أو كأحد الخطوات العلاجية كأسلوب ( التسكين المنظم).(عبد المعطي،1998). حيث نجد أن استرخاء العضلات هو أسلوب علاجي في حد ذاته ولكن (ولبه) يستعمله غالباً في إرتباط مع أسلوب إزالة الحساسية أو ما يسمى بالتسكين المنظم (القاضي وآخرون، 2002).ويتم التدريب على الإسترخاء في غرفة هادئة ومزودة بأثاث بسيط وإنارتها خافته، وفيها كرسي مستطيل (أريكه)، حيث يمكن تيسير الإسترخاء عن طريق استلقاء الفرد عليه، ويمكن استخدام كرسي كبير ومريح في حال عدم توفر الاريكة (الزغبي،2003).إن احدى الطرق التي يمكن أن نحصل بها على الإسترخاء هي أن تكون لدينا حاسة عضلية عن طريق توتير مجموعة عضلات، مثل عضلات الزراعيين، وأن تشعر بالتوتر فيها، ثم ندع العضلات تسرتخي، ثم نقوم بتوتيرها واسترخائها مرة أخرى، ثم نفعل الشيء نفسه في مجموعات عضلية أخرى إلى ان نستطيع أن نقوم باسترخائها جميعاً معاً بسهولة. ولا يوجد نسق ترتيبي محدد يستخدمه المعالجون للتدريب على الاسترخاء إلا أن معظمهم يفضل البدء بتدريب عضلات الزراعين نظراً للسهولة ويتعلم العميل بشكل أكثر وضوحاً معنى وكيفية الإسترخاء (كولز، 1992).ويبدأ التدريب عادة بعضلات اليدين والقدمين، ثم ينتقل بعد ذلك إلى عضلات الرأس والرقبة وعندما يقوم المريض باسترخاء كل مجموعة مهمة من العضلات بنجاح فإنه يقوم بعد ذلك بتعلم التنسيق بين استرخاء جميع هذه المجموعات المختلفة من العضلات معاً ويستدل على استرخاء جيد من ثبات البدن وارتخاء العضلات والتنفس المنتظم وعدم حركة جفون العينين (ماركس، 1999).ويتطلب عدد الجلسات المتطلبة للتدريب على الاسترخاء من (6 إلى 8 جلسات) ومدة الجلسة الواحدة حوالي (45 دقيقة إلى ساعة)، ويطلب من العميل ممارسة التمرينات بالمنزل لمدة نصف ساعة تقريباً مرة أو مرتين بدءاً بحالة الإسترخاء مباشرة على افتراض وجود حالة توتر أو شدة (الشناوي، 1996).ويسير المعالج مع العميل أثناء التدريب على الإسترخاء ضمن خطوات إجرائية وهي:-

أ. يطلب المعالج من العميل بأن يجلس على الكرسي ويسند ظهره إليه أو يستلقي على الاريكه، ثم يغمض عينيه، ويوضح له بأنه مقبل على تعلم خبرة جديدة، ويبين له أنه مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشدوداً أو متوتراً وأنه بالأسلوب ذاته يتعلم كيف يكون مسترخياً.

ب. يقول المعالج للعميل أنني سوف أطلب منك أن تشد بعض عضلات جسمك ثم ترخيها، وأنه نتيجة ذلك قد تشعر ببعض المشاعر الغريبة كالتنمل في أصابع اليد، أو احساس بالسقوط، وعليك أن لا تخاف من ذلك لأن ذلك دليل على أن عضلاتك بدأت تسترخي.

ج. ينبه المعالج العميل بأن من الضروري أن تكون أفكاره كلها مركزة في عملية الإسترخاء وفي المواقف التي يذكرها المعالج وفي حال تحول افكار العميل بعيداً عن الموضوع الذي يتم تخيله، عليه الرجوع بالأفكار إلى الموقف قدر الامكان.

د. ينبه المعالج العميل بأنه يجب المحافظة على عضلات الجسم في حالة استرخاء تام أثناء الإسترخاء.
ه. يبدأ المعالج بعد ذلك في خطوات الإسترخاء حسب الأسلوب الذي يريد اتباعه (الزغبي،2003).

مثال لتدريب عضلات الزراعين على الإسترخاء:-تعتمد التدريبات عامة على اعطاء تعليمات للعميل بالتركيز على الفرق بين الاحساسات اثناء التوتر والشد للعضلة وبين حالتها اثناء الاسترخاء ففي العضلات الخاصة بثني الزراعين يضغط بشدة عليهما (بالثني بقوة) مع التركيز على التوتر الناتج ثم بعد فترة يطلب من العميل عمل استرخاء تدريجي مع ملاحظة الفرق في الحالتين وتكرر هذه الخطوة عدد من المرات. ثم يتم تناول عضلات الساعد وذلك بثني الكف إلى الخلف بقوة مع اتباع التعليمات السابقة وبعد ذلك التدريب على ثني الكف بقوة ايضاً من الناحية العكسية. (خليل،2004).وعندما يقوم معالج باسترخاء عميل، فإنه يقول شيئاً وفقاً لما في السطور التالية:-( استقر على ظهرك مرتاحاً على قدر إمكانك، دع نفسك تسترخي بأحسن قدر تستطيع الآن، وبينما انت مسترخي ، أطبق كفك اليمنى، أطبق فقط كفك اليمين بقوة، وبقوة أكثر وادرس ما تحس به من توتر عندما تفعل ذلك، استمر في اطباق كفك واشعر بالتوتر في كفك اليمنى، ويدك وذراعك .... الآن استرخ، دع أصابع يدك اليمنى ترخي، ولاحظ الشعور المضاد في عضلاتك، دع هذه العضلات تسترخي استرخاءاً تاماً، ومرة أخرى أطبق كفك اليمنى بقوة بالفعل ..... وابقها كذلك، ولاحظ التوتر مرة أخرى .... الآن اطلق كفك، استرخ، أمدد اصابعك، ولاحظ الفرق مرة أخرى ...... الآن كرر ذلك في كف يدك اليسرى، أطبق كفك اليسرى بينما يكون باقي بدنك مسترخياً، أطبق كفك بقوة ، اشعر بالتوتر، استرخ، واشعر بالفرق. استمر مسترخياً هكذا بعض الوقت .... أطبق كفيك الاثنين بشدة ، وبشدة أكثر، كلتا الكفين متوترة، وكذلك الساعدان، أمدد اصابعك واشعر بالإسترخاء في عضلات يدك وساعدك. استمر في استرخاء يديك وساعديك أكثر وأكثر ... الآن اثني مرفقيك ووتر عضلاتك ). (ماركس، 1999).
إن المرضى يبدأون عادة برامج التدريب على الإسترخاء بقولهم أنهم يعرفون كيف يسترخون. إن اجفانهم تكون مرتعشة وجبهاتهم متجعدة ، كما أنهم يقفون أو يجلسون في أوضاع متوترة وهم لا يعرفون شيئاً بالمرة عن توتراتهم العضلية تلك، ولكنهم يكونون متأكدين من أنهم يعرفون كيف يرتخون. وبعد أخذ قليل من الدروس يخبر نفس هؤلاء المرضى دون استثناء بأنهم لم يدركوا على الاطلاق أنهم كانوا متوترين إلى هذا الحد. ولقد حصلوا على احساس جديد لدى تعلمهم الارتخاء. (هارولد فنك، (د. ت)).

## الأسلوب الإسترخائي المستخدم في البرنامج العلاجي:-

إن هذا الاسلوب الإسترخائي الذي نستخدمه في برنامجنا العلاجي وضع اجراءاته بيرنشتاين وبروكوفيتش عام 1973م ( Bernstien and Borokovec)، يعرض المعالج على المريض منطق التدريب على الإسترخاء العضلي العميق بأنه يهدف إلى تخفيف الأعراض المرتبطة بالقلق والاستثارة الشديدة التي سببت قلقه الشديد والتي ربما يكون قد نشأ عنها القلق المفرط. وعن طريق تعلم كيفية استرخاء عضلاته الجسمية يمكن للمريض أن يوقف قلقه ويستطيع مساعدة نفسه للشعور بالتحسن في أحواله الجسمية. ويتضمن تمرين الاسترخاء العضلى العميق شد العضلات عصبياً وارخائها حتى يتبدد هذا الشد . و يبدأ التمرين على اثنى عشر مجموعة عضلية تخفض مع تقدم مهارات المريض فى الاسترخاء الى ثمانية فأخيرا التدريب على أربع مجموعات فقط . و يستغرق التمرين فى بداياته الاولى ثلاثين دقيقة ، وبالتدريج سيحتاج المريض الى وقت اقل حتى يستغرق فى الاسترخاء تماما ، وعلى المعالج ان يذكر المريض و ينبهه الى ان الاسترخاء مهارة و لكى يتعلمها ويتقنها لا بد من تفريغ بعض الوقت لممارستها حتى يصبح خبيراً فيها .ويبدأ الاجراء بالشد العصبى فى العضلات ثم الاسترخاء او تفريغها من الشد والتوتر . و عن طريق الشد و التوتر يستطيع المريض ابراز الشعور بالراحة والاسترخاء مثلما يميز على مدى اليوم بين نوبات الشد التى تتسرب بلا وعي لعضلاته الجسمية

. إن شد العضلات عصبياً لا يسبب أي آلآم فيها ولكنه مجرد احساس بالتوتر أو الضغط العصبى. وعلى المعالج أن يوضح للمريض أن التركيز عنصر اساسى فى تعلم كيفية الاسترخاء فعلى المريض ان يركز انتباهه تماماً على احساسات الشد العصبى و تفريغه و تخليص عضلاته منه وهذا يعنى استبعاد كل من الهاتف والتلفاز والمذياع من حوله اثناء ممارسة تمارين الاسترخاء . وربما يساعده التمدد على السرير اثناء اداء التمرين بشرط التأكد من اليقظة وعدم الاستسلام للنوم . ويجب خلع الملابس الضيقة و فكها وكذالك النظارات والاحزية و الاحزمة او ما شابه . و ينبغى ان يذكر المعالج- من خلال تمرينات الاسترخاء- مريضه او ينبهه بان اتقانه لهذا التمرين ينعكس فى مدى قدرته على جعل الاسترخاء اكثر قابلية لتعميم في مواقف الحياة، مع عدم نسيان استمرار المريض اضافة أية مجموعة عضلية يشعر أنها لا زالت مشدودة أو متوترة. وفي العادة يقوم المعالج خلال الجلسة العلاجية بتدريب المريض على الاسترخاء على أن يؤدي المريض هذا التمرين مرتين يومياً كواجب منزلي، ويلزمه بمراعاة كل الجوانب التي تساعد على إنجاز هذا التمرين (مثال ذلك، نصدر توصيات للمريض بأن يؤديه في أماكن هادئة ومريحة، وألا يؤديه قبل النوم مباشرة) . (بارلو ، 2002).وتبدأ الإجراءات بالتدريب على الاسترخاء العضلي لمجموعات محددة (12 مجموعة عضلية) وهي:- 1. عضلات أسفل الزراعين 2. عضلات أعلى الزراعين 3. عضلات أسفل الساقين 4. عضلات أعلى الساقين 5. عضلات البطـــن 6. عضلات الصـــدر7. عضلات الكتفيـــن 8. عضلات الرقبـــة 9. عضلات الوجـــه 10. عضلات العينيـــن 11 . عضلات أسفل الجبهة 12. عضلات أعلى الجبهة.

وبعد ما يتقن المريض تدريب المجموعات الأثنتى عشر (على مدى فترة تمتد لما يزيد على الاسبوعين)، نقوم بتخفيض التدريب من أثنتى عشر مجموعة إلى تدريب ثماني مجموعات عضلية هي:- 1. عضلات البطـــن 2. عضلات الصـــدر3. عضلات الكتفيـــن 4. عضلات الرقبـــة 5. عضلات الوجـــه 6. عضلات لعينيـــن 7. عضلات أسفل الجبهة8. عضلات أعلى الجبهـة.

يقدم المعالج للمريض تمرينات الاسترخاء لثماني مجموعات فقط من العضلات الجسمية لكي نبدأ في جعل استراتيجيات الاسترخاء أكثر قابلية للتطبيق بشكل واقعي في المواقف الطبيعية في الحياة. وعند تخفيض عدد المجموعات العضلية على المعالج أن يعطي المريض تعليمات بالاستمرار في تمرين أي مجموعة عضلية من المجموعات التي لا زالت تعاني من الشد العصبي (مثال ذلك: فإذا ما ظل المريض يذكر أن عضلات الفك أو الاسنان لا زالت تعاني من الشد والتوتر، على المعالج أن يعطي له تعليمات لقضاء وقت اضافي للتركيز على تدريب هذه العضلات عند أداء التمرينات).

ثم أخيراً تخفض مجموعات العضلات التي تخضع للتدريب على الإسترخاء إلى أربع فقط وبالتدريج وهي:- 1.عضلات البطـــن2. عضلات الصـــدر3. عضلات الكتفيـــن 4. عضلات الوجـــه.وأثناء اعطاء المريض هذا التدريب المختصر يجب على المعالج أن يوازن عند توجيهه المريض لأداء التمرين، بأن يراعي التركيز على أعضاء الجسم التي يشكو منها المريض، ومن ثم عليه أن يدخل ضمن المجموعات العضلية الأربع التي تخضع للتدريب، المجموعة التي يشكو منها المريض حتى يؤتي التمرين ثماره. إن منطق تخفيض مجموعة العضلات التي تخضع للتدريب على الإسترخاء (من 12 مجموعة إلى 8 مجموعات إلى 4 مجموعات) هو اتاحة الفرصة لانتشار الاسترخاء من مجموعات التدريب إلى المجموعات العضلية التي لم تخضع له بسرعة لدرجة أن المريض يمكنه فعل ذلك بسرعة وفي أي وقت يشاء، ولذا، فإنه بعد ما يتقن المريض ممارسة الإسترخاء للمجموعات العضلية الأربع، يتعلم أسلوب الاسترخاء بالاستدعاء أو باستحضاره ذهنياً. (Relaxation –by recall) (بارلو، 2002).

**الاسترخاء الذهني (Relaxation - by recall):-**

بعد أن يبدو للمعالج أن المريض مسيطر على ممارسة الاسترخاء يكون من المناسب أن يبدأ ممارسة تمرينات الاسترخاء الذهني أو باستحضاره كخبرة ذهنية.ويتكون أسلوب (استدعاء الاسترخاء أو استحضاره ذهنياً) بالتركيز على كل مجموعة من المجموعات العضلية الأربع التي خضعت للتمرين حتى هذه المرحلة من العلاج، وذلك بأن يخلصها من الشد الذي فيها عن طريق استحضار مشاعر الاسترخاء التي تراكمت لديه بتعلمها من التدريبات السابقة دون أداء فعلي لها، فبدلاً من عملية بعث الشد عبر قوة التركيز والاستدعاء يمكن للمريض التركيز على مجموعة من المجموعات العضلية من الشد والضغط حتى يشعر بالراحة والاسترخاء في كل جزء من اجزاء جسمه. ولذا فإن هذا الأسلوب لا سيتلزم ممارسة استحضار الشد العضلي كما كان الحال في السابق، ولكنه يقتضي فقط استحضار خبرة استرخاء العضلات دون شدها (مثال ذلك: نوجهه بالتعليمات الآتية: كما كنت في السابق ، تركز على عضلات بطنك، فعليك الآن ان تترك التفكير في كونها مشدودة وما عليك إلا أن تشعر بدفء الاسترخاء الذي تعودت عليه عضلات بطنك وتستحضره ذهنياً. وعلى المرضى خلال هذه المرحلة ممارسة هذا الاجراء في مناخ مشتت، كله صخب وضجيج ، وحتى خلال المواقف المثيرة للمشقة النفسية، حتى يصبح الاسترخاء مهارة تقبل التعميم في كل المواقف بشكل حقيقي، ومن ثم يمكنه استخدامه حيثما كان، ومهما كانت الظروف المحيطة به. (بارلو،2002). ولا يبدو أنه من المهم جداً ما كيفية الاسترخاء التي تستخدم ما دام الفرد يشعر أنه مسترخ تماماً سواء (عضلياً أم ذهنياً). (ماركس، 1999).

ملحق رقم ( 12 )

## العلاج النفسي الديني (Psychological Religious Therapy)

قال الله تعالى: ( الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ، وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ، وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ) سورة الشعراء: آيات (78-80). تمدنا دراستنا لتاريخ الدين الإسلامي بادلة على نجاح الإيمان بالله في شفاء النفس من أمراضها، وتحقيق الشعور بالأمن والطمأنينة، والوقاية من الشعور بالقلق وما قد ينشأ عنه من أمراض نفسية، ولقد بدأت تظهر حديثاً اتجاهات بين بعض علماء النفس تنادي بأهمية الدين في الصحة النفسية وفي علاج الأمراض النفسية، وترى أن في الإيمان قوة خارقة تمد الإنسان المتدين بطاقة روحية تعينه على تحمل مشاق الحياة، وتجنبه القلق الذي يتعرض له كثير من الناس الذين يعيشون في هذا العصر الحديث الذي يسيطر عليه الاهتمام الكبير بالحياة المادية، والذي يفتقر في الوقت نفسه إلى الغذاء الروحي، مما سبب كثيراً من الضغوط والتوتر لدى الإنسان المعاصر، وجعله نهباً للقلق، وعرضه للاصابة بالأمراض النفسية (الزبادي والخطيب،2001).ومن بين من نادى بذلك من علماء النفس المحدثين وليم جيمس (William James) الفيلسوف وعالم النفس الأمريكي، فقد قال: ( ان اعظم علاج للقلق، ولا شك هو (الإيمان)). وقال أيضاً:( الإيمان من القوى التي لا بد من توافرها لمعاونة المرء على العيش، وفقده نزير بالعجز عن معاناة الحياة). ويقول أ.أ. بريل (A.A.Brill) المحلل النفسي: ( ان المرء المتدين حقاً لا يعاني قط من مرضاً نفسياً) فضلاً عن ذلك فقد اشار كثير من علماء النفس والمحليين النفسيين إلى أن أزمة الإنسان المعاصر انما ترجع اساساً إلى افتقار الإنسان إلى الدين والقيم الروحية. (نجاتي، 1998).إن للإيمان تأثيراً عظيماً في نفس الإنسان فهو يزيد من ثقته بنفسه ويزيد قدرته على الصبر وتحمل مشاق الحياة، ويبث الأمن والطمأنينة في النفس، ويبعث على راحة البال، ويغمر الإنسان بالشعور بالسعادة (بار، 1993).إن المؤمن بالله إيماناً صادقاً لا يخاف من شيء في هذه الدنيا، فهو يعلم أنه لا يمكن أن يصيبه شر أو أذى إلا بمشيئة الله تعالى، ولا يمكن لأي إنسان أو لأي قوة أخرى في هذه الحياة ان تلحق به ضرراً أو تمنع عنه خيراً إلا بمشيئة الله تعالى ولذلك فالمؤمن الصادق الإيمان إنسان لا يمكن أن يتملكه الخوف أو القلق. (المهدي،1990) قال الله تعالى: (بَلَى مَنْ أَسْلَمَ وَجْهَهُ لِلَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَلَهُ أَجْرُهُ عِندَ رَبِّهِ وَلاَ خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلاَ هُمْ يَحْزَنُونَ). البقرة الآية (112).قال الله تعالي: (إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلا هُمْ يَحْزَنُونَ). الاحقاف: الآية (13).

إن المؤمن الصادق الإيمان لا يخاف الموت كما يخافه معظم الناس إذ أنه يعلم أن الموت سينقله إلى جوار الله سبحانه تعالى حيث ينعم برضوانه، ويسعد بلقاء النبيين والصديقين. إن المؤمن الصادق الإيمان يعلم أنه ليس في هذه الدنيا إلا كعابر سبيل سرعان ما ينتقل إلى الحياة الآخرة الباقية. فالمؤمن الصادق الإيمان ينظر إلى الموت نظرة واقعية، فهو يعلم أنه حقيقة لا مفر منها، وإن لكل إنسان أجلاً محدداً، فإذا جاء أجله فإنه لا يستطيع أن يؤخرهـ. (بار،1993) قال الله تعالى: (كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ). ال عمران: الآية (185)، وقال الله تعالى: (وَلَن يُؤَخِّرَ اللَّهُ نَفْسًا إِذَا جَاء أَجَلُهَا وَاللَّهُ خَبِيرٌ بِمَا تَعْمَلُونَ). المنافقون: الآية (11)، وقال الله تعالى : (....وَمَا يُعَمَّرُ مِن مُّعَمَّرٍ وَلا يُنقَصُ مِنْ عُمُرِهِ إِلاَّ فِي كِتَابٍ إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ). فاطر: الآية (11).وقد وصف القرآن الكريم ما يحدثه الإيمان من أمن وطمأنينة في نفس المؤمن بقوله: (الَّذِينَ آمَنُواْ وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ اللَّهِ أَلاَ بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ). الرعد: الآية (28).

### الإيمان بالقدر:

إن المؤمن الصادق الإيمان لا يخاف من الأشياء التي يخاف منها معظم الناس عادة وهي: الموت، الفقر، المرض، كما انه لا يخاف من مصائب الدهر، وهو ذو قدرة كبيرة على تحمل المصائب، لانه يرى فيها ابتلاء من الله تعالى يجب أن يصبر عليه. فالمؤمن الصادق الإيمان يؤمن بالقضاء والقدر ، ويعلم حق العلم أن ما يحل بالناس من سراء أو ضراء انما هو ابتلاء من

الله تعالى ليعلم من سيحمده على ما يناله من سراء ومن سيصبر على ما يناله من ضراء، ولذلك فهو لا يجزع اذا اصابه شر، بل يتحمل ويصبر ويحمد الله تعالى، ويدعوه ان يرفع عنه الشر والبلاء. (نجاتي،1998)

قال الله تعالى: (كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَنَبْلُوكُم بِالشَّرِّ وَالْخَيْرِ فِتْنَةً وَإِلَيْنَا تُرْجَعُونَ) الانبياء: الآية(35).وقال الله تعالى: (مَا أَصَابَ مِن مُّصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِّن قَبْلِ أَن نَّبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ) الحديد: الآية (22).

قال الله تعالى: ( ما أَصَابَ مِن مُّصِيبَةٍ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ وَمَن يُؤْمِن بِاللَّهِ يَهْدِ قَلْبَهُ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ) التغابن: الآية (11).

أي ومن أصابته مصيبة، فعلم أنها بقضاء الله وقدره، فصبر واحتسب عوضه الله عما فاته من الدنيا هدى في قلبه ويقيناً صادقاً فيعلم أن ما أصابه لم يكن ليخطئه فليعلم أنها من الله فيرضى ويسلم (البنا،1990)

**الذكـــــر:**

ذكر الله تعالى بالتسبيح والتكبير والاستغفار والدعاء وتلاوة القرآن تؤدي إلى تزكية نفس المسلم وصفائها وشعورها بالأمن والطمأنينة. (بار،1993). وذكر الله تعالى يشعر المسلم بأنه قريب من الله تعالى وأنه في حمايته ورعايته ويبعث في نفسه الشعور بالثقة والقوة، والشعور بالأمن والطمأنينة والسعادة. (البنا،1990)

قال الله تعالى: (الَّذِينَ آمَنُواْ وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ اللَّهِ أَلاَ بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ). الرعد: الآية (28).قال الله تعالى: (وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاء وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلاَ يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إَلاَّ خَسَارًا) الاسراء: الآية (82).قال الله تعالى: (فَاذْكُرُونِي أَذْكُرْكُمْ وَاشْكُرُواْ لِي وَلاَ تَكْفُرُونِ)البقرة: الآية (152).

يقول الرسول صلى الله عليه وسلم: (ذكر الله شفاء القلوب).ويقول الرسول عليه الصلاة والسلام: ( إن الله تعالى يقول انا مع عبدي ما ذكرني وتحركت بي شفتاه) (نجاتي، 1998).

**الصبـــــر:**

إن التحلي بالصبر فيه فائدة عظيمة في تربية النفس وتقوية الشخصية، وزيادة قدرة الإنسان على تحمل نكبات الدهر ومصائبه. (زهران وسري،1990).والصبر مفتاح الفرج، والصبر وتفويض الأمر لله فضيلة روحية ونفحة روحية يعتصم بها الإنسان فيهدأ ويسكن قلبه ويطمئن، والصبر يرضي الرب، والصبر عون نفسي هائل يقي الإنسان من الانهيار أمام الشدائد والبلايا والمصائب، والمؤمن الصابر لا يجزع لما يلحق به من أذى ولا يضعف أو ينهار إذا ألمت به مصائب الدهر وكوارثه، فلقد وصاه الله تعالى بالصبر ، وعلمه ان ما يصيبه في الحياة الدنيا إنما هو ابتلاء من الله تعالى ليعلم الصابرين منا. ( المهدي،1990).قال الله تعالى: (وَاسْتَعِينُواْ بِالصَّبْرِ وَالصَّلاةِ وَإِنَّهَا لَكَبِيرَةٌ إِلاَّ عَلَى الْخَاشِعِينَ) البقرة: الآية (45).قال الله تعالى: (يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُواْ اسْتَعِينُواْ بِالصَّبْرِ وَالصَّلاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ) البقرة: الآية (153).قال الله تعالى: (وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الأَمْوَالِ وَالأنفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ ، الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُم مُّصِيبَةٌ قَالُواْ إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعونَ ،أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ ) البقرة: الآيات (155- 157).

**الإستغفـــــار:**

إن في الإستغفار تخليص من العذاب والآلام وإعطاء الأمل الذي يريح الضمير والنفس. قال الله تعالى : ( استغفروا ربكم أنه كان غفارا) وروي عن النبي صلى الله عليه وسلم انه قال: ( من

لزم الاستغفار جعل الله له من كل هم فرجاً ومن كل ضيق مخرجاً، ورزقه من حيث لا يحتسب) الزبادي، والخطيب، 2001).

**التوكـل علـى الله:**

التوكل على الله، وتفويض الأمر إليه، والرضا بمشيئته،والإيمان بقضاء الله وقدره، زاد روحي مطمئن ومسكن، يمد الفرد بقوة روحية تخلصه من القلق والخوف من المستقبل. (زهران،1997). قال الله تعالى: ( ومن يتوكل على الله فهو حسبه). و قال الله تعالى: ( واليه يرجع الأمر كله فأعبده وتوكل عليه). و قال الله تعالى: (الله لا إله إلا هو فاعبده وتوكل عليه). و قال الله تعالى: ( الله لا إله إلا هو وعلى الله فليتوكل المؤمنين). و قـال الله تعالـى:( وعلى الله فتوكلوا إن كنتم مؤمنين). يزداد الإنسان طمأنينة إذا فوض أمره لله وآمن بقضائه. فإن الله خلق الإنسان والله يعلم من خلق وهو الذي يعرف طرق علاجه (زهران،1997).قال الله تعالى: (الذي الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِين، وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِين، وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِين) الشعراء: الآيات (78-80).

**الدعـــــاء:**

وهو سؤال الله القريب المجيب والاستعانة به، والتضرع إليه، وابتغاء رحمته، والالتجاء إليه في كشف الضر عند الشدائد. (البنا،1990). إن مجرد افضاء الإنسان بمشكلاته وهمومه والتعبير عنها إلى شخص أخر يسبب له راحة نفسية. وان تذكر المريض النفسي لمشكلاته وتحدثه عنها يؤدي إلى تخفيف حدة قلقه، وإذا كانت حالة الإنسان النفسية تتحسن إذا أفضى الإنسان بمشكلاته لصديق حميم، او لمعالج نفسي فما بالك بمقدار التحسن الذي يمكن أن يطرأ على الإنسان إذا أفضى بمشكلاته لله سبحانه وتعالى، وقام عقب كل صلاة بمناجات ربه ودعائه، والاستعانة به، وطلب العون منه (نجاتي،1998).إن مجرد الدعاء لله تعالى والتضرع إليه يؤدي إلى تخفيف حدة القلق وذلك لأن المؤمن يعلم أن الله سبحانه وتعالى قال في كتابه الكريم: (وَقَالَ رَبُّكُمُ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ إِنَّ الَّذِينَ يَسْتَكْبِرُونَ عَنْ عِبَادَتِي سَيَدْخُلُونَ جَهَنَّمَ دَاخِرِينَ) غافر : الآية (60).

وقال الله تعالى: (وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُواْ لِي وَلْيُؤْمِنُواْ بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ) البقرة: الآية (186).ولذلك كان الدعاء لله تعالى يساعد على تخفيف حدة القلق حيث يأمل المؤمن في استجابة الله تعالى له في حل مشكلاته، وقضاء حاجاته، ورفع الهم والقلق عنه. إن مجرد التوجه إلى الله تعالى بالدعاء، وامل الإنسان في استجابة الله تعالى له يؤدي (عن طريق الايحاء الذاتي باحتمال استجابة الله تعالى لدعائه) إلى تخفيف حدة قلقه (المهدي،1990).قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: ( إذا سألت فأسل الله، وإذا استعنت فاستعن بالله).

نسأل الله أن يجعلنا من الذين يتبعون الرسول النبي الأمي كما وصفه الله عز وجل:( لقد كان لكم في رسول الله أسوة حسنة لمن كان يرجو الله واليوم الآخر وذكر الله كثيراً).

**وفيمايلي مجموعة مختارة من الاحاديث النبوية الشريفة التي هي عبارة عن أدعية كان رسولنا الحبيب يدعو بها (عبد الرحيم،1999):**

**ما يقول إذا نزل به كرب أو شدة:**

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا نزل به كرب أو شدة يقول: [ اني لاعلم كلمة لا يقولها مكروب إلا فرج الله عنه: كلمة أخي يونس عليه السلام: ( فنادى في الظلمات أن لا إله إلا أنت سبحانك إني كنت من الظالمين)] سورة الانبياء: الآية (87) .رواه الحاكم بنحوه في

المستدرك (1/ 505) ورواه أبو داؤود رقم (5090) باب ما يقول إذا أصبح. ورواه الحافظ في تخريج الاذكار (10/4). وأحمد في المسند (42/5) واسناده حسن. وصححه ابن حبان رقم (2370).

وعن علي ابن ابي طالب قال: لقنني رسول الله صلى الله عليه وسلم هؤلاء الكلمات وأمرني إن نزل بي كرب أو شدة أن أقول: ( لا إله إلا الله الكريم الحليم، سبحان الله رب العرش العظيم، الحمد لله رب العالمين). رواه أحمد في المسند (94/1) والنسائي في عمل اليوم والليلة رقم (630) وابن حبان رقم (2371).والكرب: الحزن والغم الشديد.

## ما يقول إذا أهمه أمر:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا أهمه أمر يقول: ( سبحان الله العظيم). رواه الترمزي رقم (3432) في الدعوات باب ما يقال عند الكرب.أهمه أمر: أي احزنه، والهم: الحزن، وقد كان الرسول صلى الله عليه وسلم يقول أيضاً ( ياحي يا قيوم، برحمتك استغيث) .رواه الحاكم في المستند (509/1).

## ما يقول إذا أصابه هم أو حزن:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا أصابه هم أو حزن يقول: ( من أصابه هم أو حزن فليقل: اللهم إني عبدك وابن عبدك وابن أمتك، ناصيتي بيدك، ماض في حكمك، عدل في قضاءؤك، أسألك بكل اسم هو لك سميت به نفسك أو انزلته في كتابك أو علمته أحمد من خلقك، أو استأثرت به في علم الغيب عندك، أن تجعل القرآن العظيم ربيع قلبي ونور بصري وشفاء صدري، وجلاء حزني وذهاب همي. وقال: فما قالها عبد قط إلا أبدله الله عز وجل مكان حزنه فرحاً). رواه أحمد في المسند (391/1) وابن حبان في صحيحه رقم (2372) في الأذكار: باب ما يقول إذا أصابه هم او حزن.

## ما يقول إذا صدع:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم يعلم اصحابه من الأوجاع كلها ومن الحمى ان يقول: ( بسم الله الكبير نعوذ بالله العظيم من شر عَرَقٍ نَعَارٍ، ومن شر حر النار).رواه الإمام أحمد في المسند (300/1) وابن ماجة رقم (6526) في الطب: باب ما يعوذ به من الحمى.نعر الرجل: صاح وصوت. نعر العِرق: فاردمه وصَوّت.النعير: الصراخ والصياح في حرب أو شر.والنعار: الكثير النعير.

## ما يقول إذا أشتكى:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا أشتكى اتاه جبريل عليه السلام فقال: (بسم الله أُرقيك، والله يشفيك من كل داء يؤذيك، ومن شر كل حاسد أو عين، والله يشفيك).رواه مسلم رقم (2186) في السلام: باب الطب والمريض والرقي. ورواه الترمذي رقم (972) في الجنائز: باب ما جاء في التعوذ للمريض.ورقى المريض: عوذه وقرأ له ليشفى.

## ما يقول إذا أصابه مرض:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلمإذا أصابه مرض يقول: ( اللهم رب الناس ، اذهب البأس، أشف انت الشافي لا شفاء إلا شفاؤك).رواه البخاري (175/10) في الطب: باب رقية النبي (ص). ورواه ابو داؤد رقم (3890) في الطب: باب كيف الرقي. ورواه الترمذي رقم (973) في الجنائز: باب في التعوذ للمريض.

## ما يقول إذا دخل على مريض:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا دخل على مريض يقول: ( من تمام العيادة ان تضع على المريض يدك، فتقول: كيف اصبحت، او كيف أمسيت).رواه الترمذي رقم (2732) في الاستئذان: باب ما جاء في المصافحة.

## ما يدعو المريض لنفسه:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم يعلم المريض بأن يدعو لنفسه فيقول: ( لا يتمنين أحدكم الموت من ضر نزل به، ولكن ليقل: اللهم أحيني ما كانت الحياة خير لي، وتوفني إن كانت الوفاة خيراً لي).رواه البخاري (176/10) في الطب: باب ما جاء في رقية النبي (ص). ورواه مسلم رقم (2191) في السلام باب استحباب رقية المريض.

وعن عبد الله بن جعفر انه دخل على ابن له مريض يقال له صالح فقال له: (قل لا إله إلا الله، الحليم الكريم سبحان الله رب العرش العظيم، اللهم اغفر لي، اللهم أرحمني، اللهم تجاوز عني، الله اعف عني، فإنك غفور رحيم) ثم قال: هذه الكلمات علمنيهن عمي وذكر أن رسول رسول الله صلى الله عليه وسلم علمهن إياها. رواه النسائي في عمل اليوم والليلة لابن السني رقم (645).

## ما يقول اذا أتته مصيبة:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا اتته مصيبة يقول: ( إنا لله وإنا إليه راجعون، حسبنا الله ونعم الوكيل) (عبد الرحيم،1999).

ملحق رقم (13)

## العلاج النفسي التدعيمي (Supportive Psychotherapy)

العلاج النفسي التدعيمي هو علاج يعامل الجزء السليم من الشخصية وينميه ويدعمه، ويترك الجزء المريض تتناوله الأدوية وغيرها من طرق العلاج حتى يختفي بالتدرج. (سري، 2000).والتدعيم يشير إلى أي فعل يزيد من السلوك المرغوب لدى الفرد (خليل،2004) ومن خصائص العلاج النفسي التدعيمي أنه يضع أهمية كبيرة على الواقع الحاضر للمريض (ناي،2003).

### هدف العلاج النفسي التدعيمي:

يهدف العلاج النفسي التدعيمي إلى تدعيم بناء الشخصية بتخفيف وتسكين الأعراض وحل المشكلات عن طريق تغيير ظروف المريض ودون احداث تغيير اساسي في بناء الشخصية. (ناي،2003).كما يهدف إلى جعل المريض يعيش سعيداً متوافقاً في مجتمعه حتى على الرغم من وجود بعض بقايا مرضه، والاحتفاظ بالمستوى السابق للتوافق السليم نسبياً (حامد،1991). وفيه يقوم المعالج بدور المساند والمطمئن والناصح والمقنع والموجه والمشارك انفعالياً والمشجع والمعلم. (زهران،1997).

### طرق العلاج النفسي التدعيمي:

من طرق العلاج النفسي التدعيمي التوجيه والارشاد (النفسي والتربوي والمهني والزواجي والاسري) والعلاج الاجتماعي والعلاج الجماعي، والعلاج بالعمل، والعلاج بالقراءة، والعلاج الترويحي، والعلاج الرياضي، والعلاج بالفن، والعلاج بالموسيقى، والعلاج الجسمي بالأدوية، والعلاج الديني. (سري،2000).وفي الواقع لا تكاد تخلو أي طريقة من طرق العلاج النفسي من علاج التدعيم (خليل،2004).

### استخدامات العلاج النفسي التدعيمي:

يستخدم العلاج النفسي التدعيمي في حالات القلق، وحالات الاكتئاب، والهستريا، وحالات الفصام التي تعالج بالادوية والعقاقير والصدمات، ومشكلات الشباب والازمات العابرة في مراحل الانتقال المختلفة من حياة المريض، وحالات عقدة الذنب، وحالات الاضطرابات الجسمية المرتبطة بالعاهات الجسمية. (الحفني،1992).

## طريقة العلاج النفسي التدعيمي:

**فيما يلي أهم ملامح طريقة العلاج النفسي التدعيمي:**

1. مساعدة المريض ومعاونته ومساعدته في أوقات الشدة والضغط التي تسبب المشكلات.
2. اتاحة فرصة التنفيس والتفريغ والتطهير الانفعالي للشحنات الانفعالية والصراعات والاحباطات والخبرات الصادمةمع المشاركةالانفعالية من جانب المعالج، ويتضمن التنفيس ايضاً احياء بعض الخبرات التي صاحبها الخوف أو القلق والتي لم يستطيع المريض التغلب عليهاوتعليم المريض كيف يتغلب على مثل هذه المواقف.
3. تقوية وتدعيم دفاعات المريض التوافقية.
4. تعليم المريض كيفية مواجهة الحياة الواقعية، وتعليمه التحكم في دوافعه.
5. تحديد الحدود الواقعية لسلوك المريض.
6. افهام المريض واقناعه وطمأنته لمزاولة الحياة الاجتماعية وممارسة الهوايات والفنون.
7. تعريف المريض أن التعلم في الحياة اليومية فيه المحاولة والخطأ وفيه النجاح والفشل دون الشعور بالذنب.
8. إعادة ثقة المريض في نفسه وتشجيعه على تحمل المسئوليات في الأسرة وفي المجتمع بصفة عامة بشيء أكثر من الثقة في النفس ومساعدته في التوافق في العمل.
9. اخراج المريض من دائرة التركيز على ذاته وعلى مرضه.
10. النصح المباشر المبسط الذي يلونه المشاركة الوجدانية.
11. التوجيه والارشاد النفسي المباشر للمريض بخصوص مشكلاته، وتوجيه وارشاد الأهل والاقارب بخصوص أهمية الهدوء الانفعالي والاستقرار العائلي حتى يعيش المريض صحيحاً نفسياً، وتشجيعهم على مساعدة المعالج في عمله ومساعدة المريض في جهوده لتحقيق التوافق.
12. الايحاء والاقناع وخاصة بعد تحقيق علاقة علاجية سليمة اساسها الثقة في المعالج والاحترام المتبادل بينه وبين المريض بهدف احداث الاسترخاء التدريجي. وقد يلجأ المعالج في عملية الايحاء والاقناع إلى التنويم الايحائي والى استخدام بعض الادوية الوهمية.
13. الاستفادة من العلاج بالقراءة لزيادة الفهم وخاصة حول الشخصية ومشكلاتها حسب مستوى ثقافة المريض وقراءة القصص التي تدور حول التغلب على المشكلات حتى يتوحد المريض مع البطل المناضل.
14. الاستفادة من طريقة العلاج البيئي في ضبط البيئة وتغيير ما يجب تغييره إذا كان ضرورياً كوسيلة لتخفيف الضغط على المريض.
15. الاستعانة بطريقة العلاج الديني كما سبق ان بينا. (زهران،1997).

**أساليب التدعيم:** تختلف اساليب التدعيم المستخدمة في تعديل السلوك وفقاً لشخصية الفرد المطلوب تعديل سلوكه (العمر، الرغبات، او الحاجات ذات الأهمية بالنسبة له .....الخ). (سري،2000).ويمكن تصنيف اساليب التدعيم إلى ما يلي:-

**التدعيم الأولي المباشر:** وهو تدعيم الاستجابات المرغوبة باشباع حاجات بيولوجية مثل الطعام والحلوى دون التعارض مع الحقوق القانونية للفرد.(ابراهيم،1994).ويفضل استخدام هذا النمط من المدعمات مع الاطفال أو المتأخرين عقلياً.(موستاكس،1990).

**التدعيم الاجتماعي**: وهو من أكثر المدعمات المستخدمة ومن أمثلته المدح والثناء والاهتمام بالفرد عند صدور الاستجابة المرغوبة أو تجاهله وعدم الاهتمام به عند صدور استجابات مشكله.(ابراهيم،1994).ومن الواضح ان هذا الاسلوب يصلح استخدامه مع الاطفال والمراهقين وايضاً الراشدين. (وول،(د.ت)).

**أنواع التدعيم**: إن تدعيم سلوك محدد يؤدي إلى تغيير معدل ذلك السلوك تبعاً (لنوع التدعيم) وهو بالتالي يعمل على زيادة أو نقصان تكرار السلوك. (خليل، 2004) وهو انواع نوردها فيمايلي:

**التدعيم الايجابي**:التدعيم الايجابي للسلوك المطلوب: وهو يشير إلى أي حدث يرتبط بزيادة معدل السلوك المطلوب (المرغوب). (وول، (د.ت)).وهو مصطلح يتشابه مع كلمة (المكافأة)، وهو عبار عن جزأين، الأول هو إذا فعل الشخص شيء ما يتبع بتعزيز. والجزء الثاني هو فعل الشخص لنفس الشيء مرة أخرى عندما يكون الموقف مماثلاً.(موستاكس،1990).إن التدعيم الموجب للسلوك المرغوب يتم بإثابه الفرد على السلوك السوي المرغوب مما يعززه ويدعمه ويثبته ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف. وتضم اشكال الثواب أي شيء مادي أو معنوي يؤدي إلى رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب. (مثال ذلك: الطعام والحلوى والمدح والحب والاحترام والدرجات المرتفعة .... الخ).(الزيادي،1988).

وكلما كان التدعيم قوياً ومرغوباً كلما أدى ذلك إلى سرعة وثبات تعديل السلوك من أجل الحصول عليه. (حامد،1991).أي أن التدعيم الموجب مثيب ومعجل لتعليم السلوك المرغوب. وهناك عوامل تزيد من فعالية التدعيم الموجب في التحكم في السلوك منها: الرغبة في الشيء المستخدم في الاثابة والتدعيم، والحاجة اليه، وسرعة تقديم التدعيم فور صدور السلوك المرغوب ، وتقديمه بقدر معتدل (بين القلة التي لا تحفز وبين الكثرة التي تؤدي إلى التشبع). (ابراهيم والدخيل،1993).

**التدعيم السلبي**:وهو يشبه التدعيم الايجابي في كونه يزيد من معدل السلوك المرغوب ولكنهما يختلفان في أن التدعيم الايجابي يقدم حدث مكافيء بينما التدعيم السلبي يتضمن حجب حدث منفر عند صدور السلوك المرغوب. مثلما تقدم الحلوى للطفل (تدعيماً ايجابيا) عندما يصدر سلوكاً مرغوباً أو التوقف عن توبيخ الطفل (تدعيم سلبي) عند إصدار السلوك المرغوب. (مليكه،1990).وهو يختلف عن العقاب في كون الاخير عبارة عن وجود منبه مؤلم أو منفر أو التوقف عن التدعيم الايجابي عند صدور سلوك غير مرغوب، مثل عقاب الطفل بالضرب (منبه منفر)، ابعاد الشخص عن موقف مدعم، أو انقاص المدعمات السابقة أو ما يسمى بتغريم الاستجابة غير المرغوبة كما في العقاب المادي (الغرامة) للسائق الذي يخترق قواعد المرور.(ابراهيم والدخيل،1993). وفي التدعيم السلبي تبذل الجهود لزيادة احتمال ظهور الاستجابة المرغوبة بتعريض المريض لمثير غير سار مقدماً ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة (زهران،1994). ففي حالة طفل (عمره خمس سنوات) كان يمص إبهامه باستمرار، عولج بأن كان يعرض عليه مجموعة افلام رسوم متحركة محببة إلى نفسه، وكان يمص إبهامه اثناء مشاهدته لهذه الافلام ، ويوقف المعالج عرض الفيلم (صورة وصوتاً) عن طريق التحكم عن بعد، كلما مص الطفل إبهامه فإذا ما أخرج الطفل إبهامه من فمه عاد الفيلم (صورة وصوتاً) إلى الظهور على الشاشة، وهكذا تغير سلوك الطفل إلى السلوك المرغوب.(موستاكس،1990). ولا يستخدم هذا الاسلوب كثيراً لأن على المعالج أن يعرض المريض لخبرات مؤلمة إلى أن تظهر الاستجابة المرغوبة، وهكذا قد يؤثر تأثيراً سيئاً على ارادته في الاستمرار في العلاج (وخاصة في حالات الكبار).(عبد الغفار،1990).

ملحق رقم (14)

## ارقام الجلسات العلاجية وتواريخها

فيما يلي عرض تفصيلي لأرقام الجلسات العلاجية وتواريخها في المراحل الثلاث لتطبيق الدراسة على العينة المختارة:-

### المرحلة الأولى:

جدول رقم (31) يوضح ارقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم (1)

| (مجموعة العمل في الايام الزوجية) | |
|---|---|
| الجلسة الأولى | 2009/6/13م |
| الجلسة الثانية | 2009/6/15م |
| الجلسة الثالثة | 2009/6/17م |
| الجلسة الرابعة | 2009/6/20م |
| الجلسة الخامسة | 2009/6/22م |
| الجلسة السادسة | 2009/6/24م |
| الجلسة السابعة | 2009/6/27م |
| الجلسة الثامنة | 2009/6/29م |
| الجلسة التاسعة | 2009/7/1م |
| الجلسة العاشرة | 2009/7/4م |

جدول رقم (32) يوضح ارقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم (2)

| المجموعة التجريبية رقم (2) (مجموعة العمل في الايام الفردية) | |
|---|---|
| الجلسة الأولى | 2009/6/14م |
| الجلسة الثانية | 2009/6/16م |
| الجلسة الثالثة | 2009/6/18م |
| الجلسة الرابعة | 2009/6/21م |
| الجلسة الخامسة | 2009/6/23م |
| الجلسة السادسة | 2009/6/25م |
| الجلسة السابعة | 2009/6/28م |
| الجلسة الثامنة | 2009/6/30م |
| الجلسة التاسعة | 2009/6/2م |
| الجلسة العاشرة | 2009/6/5م |

### المرحلة الثانية:

جدول رقم (33) يوضح ارقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم (3)

| المجموعة التجريبية رقم (3) (مجموعة العمل في الايام الزوجية) | |
|---|---|
| الجلسة الأولى | 2009/7/6م |
| الجلسة الثانية | 2009/7/8م |
| الجلسة الثالثة | 2009/7/11م |
| الجلسة الرابعة | 2009/7/13م |
| الجلسة الخامسة | 2009/7/15م |
| الجلسة السادسة | 2009/7/18م |
| الجلسة السابعة | 2009/7/20م |
| الجلسة الثامنة | 2009/7/22م |
| الجلسة التاسعة | 2009/7/25م |
| الجلسة العاشرة | **2009/7/27م** |

جدول رقم (34) يوضح ارقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم (4)

| المجموعة التجريبية رقم (4) (مجموعة العمل في الايام الفردية) | |
|---|---|
| الجلسة الأولى | 2009/7/7م |
| الجلسة الثانية | 2009/7/9م |
| الجلسة الثالثة | 2009/7/12م |
| الجلسة الرابعة | 2009/7/14م |
| الجلسة الخامسة | 2009/7/16م |
| الجلسة السادسة | 2009/7/19م |
| الجلسة السابعة | 2009/7/21م |
| الجلسة الثامنة | 2009/7/23م |
| الجلسة التاسعة | 2009/7/26م |
| الجلسة العاشرة | **2009/7/28م** |

### المرحلة الثالثة:

جدول رقم (35) يوضح ارقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم ( 5)

| (مجموعة العمل في الايام الزوجية) | |
|---|---|
| الجلسة الأولى | 2009/7/29م |
| الجلسة الثانية | 2009/8/1م |
| الجلسة الثالثة | 2009/8/3م |
| الجلسة الرابعة | 2009/8/5م |

جدول رقم (36) يوضح ارقام الجلسات وتواريخها للمجموعة التجريبية رقم ( 6)

| (مجموعة العمل في الايام الفردية) | |
|---|---|
| الجلسة الأولى | 2009/7/30م |
| الجلسة الثانية | 2009/8/2م |
| الجلسة الثالثة | 2009/8/4م |
| الجلسة الرابعة | 2009/8/6م |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **الجلسة الخامسة** | 2009/8/8م | | **الجلسة الخامسة** | 2009/8/9م |
| **الجلسة السادسة** | 2009/8/10م | | **الجلسة السادسة** | 2009/8/11م |
| **الجلسة السابعة** | 2009/8/12م | | **الجلسة السابعة** | 2009/8/13م |
| **الجلسة الثامنة** | 2009/8/15م | | **الجلسة الثامنة** | 2009/8/16م |
| **الجلسة التاسعة** | 2009/8/17م | | **الجلسة التاسعة** | 2009/8/18م |
| **الجلسة العاشرة** | 2009/8/19م | | **الجلسة العاشرة** | 2009/8/20م |

وفيما يلي عرض تفصيلي للحالات التي تم العمل التجريبي معها في المجموعات التجريبية الستة:

## <u>المجموعة التجريبية رقم ( 1 ) :-</u>

عدد المرضى = (5) مرضى.عدد الذكور = (5) ذكور.عدد الإنـاث = (لايوجد).

<u>تم العمل في هذه المجموعة مع الحالات التالية:</u>

حالة رقم ( 1) جراحة.

حالة رقم ( 2) جراحة.

حالة رقم ( 3) جراحة.

حالة رقم ( 4) جراحة.

حالة رقم ( 5) باطنية.

## <u>المجموعة التجريبية رقم (2) :-</u>

عدد المرضى = (4) مرضى.عدد الذكور = (1) ذكور.عدد الإنـاث = (3) اناث.

<u>تم العمل في هذه المجموعة مع الحالات التالية:</u>

حالة رقم ( 6) باطنية.

حالة رمز ( أ ) باطنية.

حالة رمز ( ب) باطنية.

حالة رمز ( ج) باطنية.

## <u>المجموعة التجريبية رقم (3) :-</u>

عدد المرضى = (3) مرضى.عدد الذكور = (2) ذكور.عدد الإنـاث = (1) انثى.

<u>تم العمل في هذه المجموعة مع الحالات التالية:</u>

حالة رقم ( 7) باطنية.

حالة رقم ( 8 ) باطنية.

حالة رمز ( د ) باطنية.

## <u>المجموعة التجريبية رقم (4) :-</u>

عدد المرضى = (3) مرضى.عدد الذكور = ( لا يوجد) .عدد الإنـاث = (3) اناث.

<u>تم العمل في هذه المجموعة مع الحالات التالية:</u>

حالة رمز ( هـ) جراحة.

حالة رمز ( و ) جراحة.

حالة رمز ( س) جراحة.

## <u>المجموعة التجريبية رقم (5) :-</u>

عدد المرضى = (6) مرضى.عدد الذكور = ( 6) ذكور .عدد الإنـاث = (لا يوجد).

تم العمل في هذه المجموعة مع الحالات التالية:

حالة رقم ( 9 )  جراحة.

حالة رقم ( 10 )باطنية.

حالة رقم ( 11) جراحة.

حالة رقم ( 12) جراحة.

حالة رقم ( 13) باطنية.

حالة رقم ( 14) جراحة

**<u>المجموعة التجريبية رقم (6) :-</u>**

عدد المرضى = (5) مرضى.عدد الذكـور = (لا يوجد).عدد الإنـاث = (5) إناث.

<u>تم العمل في هذه المجموعة مع الحالات التالية</u>**:**

حالة رمز ( ح ) باطنية.

حالة رمز ( ط) باطنية.

حالة رمز ( ى) باطنية.

حالة رمز ( ك) باطنية .

حالة رمز ( ل) جراحة.

تمت الدراسة بعون الله وفضله والحمد لله رب العالمين